

Administration d'antalgiques prescrits *en réserve* en pédiatrie

Démarche clinique de l'infirmière

Réalisé par : Fabienne Rocha Ramos

En collaboration avec : Valérie Bonnaz

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction de : Mme Sabine Derouiche

Grône, le 25 juillet 2011

Résumé

Cette étude qualitative à but descriptif explore la démarche que parcourt l'infirmière lors d'administration d'un antalgique prescrit *en réserve* en pédiatrie. Les éléments influençant la prise de décision d'administrer ou non ces antalgiques, la perception du rôle infirmier à travers ce soin, ainsi que l'influence de la politique de service sont les points clés de toute ma démarche de recherche. Cette dernière est réalisée en collaboration avec une collègue de promotion, Valérie Bonnaz, qui aborde le même sujet, dans un service de médecine et chirurgie adulte.

La méthode choisie pour recueillir les données est l'entretien semi-directif, réalisé auprès de huit infirmières d'un département de pédiatrie valaisan. Les données ont ensuite été utilisées au cours d'une analyse thématique.

Les principaux résultats ont montré des pratiques d'évaluation de la douleur bien connues, réalisées de façon non homogène selon les participantes. La prise de décision d'administrer ou non un antalgique *en réserve* est dépendante de l'évaluation de la douleur, des antalgiques reçus précédemment et de leur palier, de la compliance de l'enfant et/ou de ses parents, de la pathologie en cause ou de l'étiologie de la douleur, de la prévention d'un soin douloureux ainsi que de l'expérience et des connaissances de l'infirmière. Ces dernières ont une opinion hétérogène concernant leur rôle dans ce soin et la politique de service n'influence que partiellement l'administration des antalgiques *en réserve*.

Les implications pour la pratique comprennent l'instauration d'un standard d'évaluation de la douleur, l'intégration systématique d'une échelle d'évaluation validée ainsi que la définition de seuils d'interventions thérapeutiques sur celles-ci.

Mots-clés : démarche infirmière – antalgique *en réserve* – pédiatrie

Remerciements

Je veux remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mes études et spécialement pendant l'élaboration de ce travail de Bachelor :

- ✓ Ma collègue Valérie Bonnaz, pour sa collaboration, sa motivation et son amitié tout au long de cette recherche ;
- ✓ Madame Sabine Derouiche, directrice du travail et professeure à la HES-SO/Valais Wallis, qui m'a guidée avec disponibilité, implication et professionnalisme;
- ✓ Madame Chris Schoepf pour ses conseils méthodologiques ;
- ✓ Mon compagnon Ricardo, pour son écoute attentive et sa patience dans les bons moments comme lors de découragement ;
- ✓ Mes parents, Céleste et Joaquim, ainsi que mes sœurs Daniela et Joanna, pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de ma formation ;
- ✓ Les professionnelles du terrain, sans qui cette recherche n'aurait pas pu avoir lieu, pour leur accueil et leur collaboration lors des entretiens.

Les opinions énoncées dans ce travail n'engagent que son auteure
--

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Motivations personnelles	1
1.2. Motivations socioprofessionnelles	3
1.2.1. Argumentation des compétences développées	4
1.3. Motivations économiques et politiques	6
1.4. Objectifs personnels d'apprentissage	7
2. Problématique	8
2.1. Détection de la douleur	8
2.2. Médication antalgique : est-elle sous-utilisée ?	9
2.3. Antalgie <i>en réserve</i> : spécificités	11
2.4. Politique de soins	13
2.5. Question spécifique de recherche	13
2.6. Hypothèses de recherche	15
2.7. Objectifs de la recherche	15
3. Cadre de référence	16
3.1. Concept « douleur »	16
3.1.1. Classification de la douleur	16
3.1.2. Les composantes de la douleur	18
3.1.3. La démarche d'évaluation de la douleur	19
3.1.4. Médication antalgique	25
3.1.5. Conséquences d'une douleur sous-traitée	29
3.2. Concept du « rôle infirmier »	30
3.2.1. Définition des soins infirmiers	30
3.2.2. Le rôle infirmier dans les soins	31
3.2.3. Le rôle infirmier auprès de l'enfant hospitalisé	32
3.2.4. Le rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant	32
3.2.5. Le rôle infirmier dans la prise en charge comprenant des protocoles	33
3.2.6. Le rôle infirmier concernant la médication antalgique	34
3.2.7. Influence des politiques de service sur le rôle infirmier	35
3.3. Concept « La démarche de soins infirmiers »	36
3.3.1. Les cinq étapes de la DSI	37
4. Méthode	39

4.1.	Approche de la recherche	39
4.2.	Limites de l'étude	39
4.3.	Terrain exploré	40
4.4.	Echantillonnage.....	41
4.5.	Méthode de collecte de données.....	42
4.6.	Construction de l'outil	43
4.7.	Pré-test de l'outil.....	43
4.8.	Déroulement de l'utilisation de l'outil.....	43
4.9.	Principes éthiques et protection des données	44
5.	Analyse des données.....	46
5.1.	Type d'analyse de données.....	46
5.2.	Tableau récapitulatif	47
5.3.	Analyse des corpus.....	48
5.3.1.	Thème 1.....	48
5.3.2.	Thème 2.....	58
5.3.3.	Thème 3.....	61
5.4.	Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses:	66
5.4.1.	Hypothèse 1	67
5.4.2.	Hypothèse 2.....	68
5.4.3.	Hypothèse 3.....	69
5.5.	Analyse comparative	71
5.5.1.	Tableau synoptique des similitudes et spécificités identifiées.....	71
5.5.2.	Réflexions sur l'analyse comparative	76
6.	Discussion	78
6.1.	Validité interne	78
6.1.1.	Choix du thème et de la problématique	78
6.1.2.	Cadre de référence	79
6.1.3.	Entretiens semi-directifs, grille d'analyse et pré-test, échantillonnage	79
6.1.4.	Analyse des corpus et résultats obtenus	81
6.1.5.	Fiabilité et crédibilité de la démarche et des résultats obtenus	82
6.2.	Validité externe	82
7.	Conclusion	84
7.1.	Bilan personnel, facilités et difficultés	84
7.1.1.	Retour sur les objectifs personnels d'apprentissage.....	84

7.2.	Bilan technique.....	85
7.3.	Bilan professionnel.....	85
7.3.1.	Perspectives et propositions pour la pratique et la recherche	86
7.3.2.	Mot de la fin	88
8.	Bibliographie.....	89
9.	Cybérogaphie.....	93
10.	Annexes.....	I
	Annexe A : Référentiel de compétences de 3 ^{ème} année de Bachelor en Soins Infirmiers...II	
	Annexe B : Illustrations des échelles d'évaluation de la douleur	V
	Annexe C : Effets secondaires des opioïdes.....	IX
	Annexe D : Tableau récapitulatif des données sociodémographiques des participantes à l'étude.....	XI
	Annexe E : Grille d'entretiens	XII
	Annexe F : Lettre d'information aux participantes	XVII
	Annexe G : Formulaire de consentement éclairé	XIX

1. Introduction

En tant qu'étudiante à la HES-SO//Valais Wallis dans la filière « Soins Infirmiers », j'effectue ce travail initial de recherche dans le cadre de l'obtention de mon « Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers ».

Conformément au cadre général de réalisation du travail de Bachelor, mon but est de mener ma recherche sur un sujet pertinent pour la pratique, en me référant à des concepts théoriques congruents; de guider ma démarche à l'aide d'une méthodologie adéquate, en analysant et argumentant les données obtenues en vue de défendre ma question de recherche et d'élaborer des conclusions pertinentes pour la pratique¹. Je travaille en collaboration avec une collègue de promotion, Valérie Bonnaz, afin de mener une recherche empirique, au travers de laquelle nous explorerons chacune un service de soins.

Lors des premières démarches de ce travail, nous avons effectué des recherches générales sur la thématique de l'utilisation des antalgiques prescrits *en réserve*. Rapidement, nous avons fait le choix d'investiguer deux types de populations : adulte et enfant, en raison des nombreuses spécificités de gestion de la douleur, et donc également dans l'utilisation des antalgiques précités. Valérie traitera de ce sujet dans un contexte adulte et moi-même en pédiatrie. Afin de simplifier la compréhension du lecteur, nous avons différencié les parties du travail communes et individuelles par un changement de police dans le texte. La police « Arial » indique mes parties individuelles, la police « Times New Roman » indique les parties communes.

1.1. Motivations personnelles

Le rôle infirmier dans l'administration de médicaments est depuis le début de ma formation un thème auquel je porte une attention particulière. J'ai réalisé un apprentissage d'assistante en pharmacie au travers duquel j'ai acquis des connaissances me permettant peut-être de m'interroger plus spécifiquement sur cette facette du travail infirmier.

La prise en charge de la douleur m'interroge spécifiquement. De fait, elle est omniprésente dans les services de soins, je ne pourrai passer une journée dans ma pratique

¹ HAUTE ÉCOLE SPÉCIALISÉE DE SUISSE OCCIDENTALE, filière Bachelor en soins infirmiers. *Cadre général pour la réalisation et d'évaluation du Travail de Bachelor (Bachelor Thesis)*. 2007. p. 2

professionnelle sans la côtoyer². Elle occupe une place primordiale dans la prise en soins du patient et est, selon moi, un point déterminant du souvenir qu'aura le patient de son hospitalisation. Comme le dit Annie Gauvin-Piquard, pionnière dans la prise en charge de la douleur de l'enfant : « *Ce n'est pas la douleur qui fait la gravité d'une maladie, mais c'est elle qui en fait le retentissement. Traiter la douleur, ce ne sera jamais traiter la maladie, mais c'est la rendre supportable* »³.

En milieu hospitalier, il existe quatre types de prescriptions médicales⁴ auxquelles les infirmières⁵ peuvent être confrontées. Les deux pour lesquelles l'administration dépend des infirmières sont : 1) les prescriptions à intervalles fixes et 2) les prescriptions *en réserve*⁶. Ces dernières sont selon moi plus pertinentes à explorer car elles impliquent d'avantage le rôle autonome infirmier en ce qui concerne la prise de décision d'administration ou non, les éléments décisifs, etc.⁷ De plus, cette prise de décision n'est pas facilement observable, selon mon expérience. Ce processus est peu documenté et reste propre à chaque infirmière en absence de protocole uniformisé. Il est également important de préciser que les antalgiques *en réserve* représentent une grande partie des antalgiques prescrits⁸.

En vue d'approfondir mes connaissances et compétences dans ce domaine particulier, j'entame ma recherche sur la question de départ suivante :

« De quelle manière les infirmières en pédiatrie utilisent-elles les antalgiques prescrits en réserve pour une gestion optimale de la douleur de leurs patients? »

Le choix du sujet de ce travail est également inspiré de situations pratiques rencontrées en stage. De mémoire, je me souviens d'un enfant dont je m'occupais en période postopératoire

² CLUD. BOUTIN-MOSTEFA, Bénédicte [et al.]. *La douleur, un défi quotidien* [en ligne]. Adresse URL : http://www.chu-montpellier.fr/fr/PDF/dossier_obj_clud.pdf (consultée le 19 juillet 2011)

³ GAUVIN-PIQUARD, Annie, MEIGNIER, Michel. *La douleur de l'enfant*. Paris : Calmann-Lévy, 1993. 263 p. Collection « Le passé recomposé »

⁴ Les quatre types de prescriptions médicales sont 1) à intervalles fixes, 2) *en réserve*, 3) selon le mode *Patient Controlled Analgesia* et 4) analgésie par blocs régionaux et locorégionaux. In: MATHEY-DORET-BERHOUD, Hélène. *Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires*. Thèse de doctorat, Université de Genève – faculté de médecine, 2004. p. 29

⁵ Le féminin est utilisé pour simplifier la lecture de ce travail; le masculin est également sous-entendu à chaque fois.

⁶ MATHEY-DORET-BERHOUD, Hélène. *Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires*. (Op. cit.), p. 29

⁷ Le rôle infirmier dans l'administration d'antalgique est repris plus en détail dans le cadre de référence, au point 3.2.6.

⁸ Selon une étude de prévalence de la douleur réalisée au sein du Département de l'Enfant et de l'Adolescent (DEA) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en 2009 et 2010, dont les résultats m'ont été transmis par e-mail par une responsable du service.

suite à une adénotonsillectomie⁹. La dernière dose d'antalgique avait été administrée vers 8h30 ; il était alors environ 11h00 et un proche appela l'infirmière au sujet de la douleur du petit. L'infirmière a répondu que malheureusement la prochaine dose d'antalgique (Paracétamol) à intervalles fixes était à 12h00, qu'on ne pouvait l'administrer de façon anticipée car l'intervalle entre les doses était insuffisant. Il fallait attendre. Cependant, deux autres médicaments étaient prescrits *en réserve* en plus des doses disponibles à intervalles fixes. Quelques minutes après, face aux plaintes de l'enfant, le médecin donna l'ordre d'administrer les deux antalgiques prescrits *en réserve* simultanément.

Je ne prétends en aucun cas faire une généralisation à tous les soignants ni porter de jugement de valeur sur les comportements observés par cette illustration, mais tout juste apporter le témoignage de ce que j'ai vécu à un moment donné. Toutefois, cette situation m'a touchée et interrogée; je me demande pour quelles raisons ces situations surviennent en pratique? Pourquoi les antalgiques *en réserve* ne sont-ils pas utilisés systématiquement en cas de besoin?

Je choisis de me centrer sur le service de pédiatrie car c'est dans ce domaine que je souhaite poursuivre ma carrière une fois diplômée ; ce travail sera une ressource pour moi dans la gestion de l'antalgie *en réserve*. Avec ce travail, je souhaite également développer mes connaissances sur les spécificités de la douleur et de son évaluation en pédiatrie, ainsi que sur la gestion des médicaments prescrits *en réserve* chez l'enfant. Elles compléteront les notions de base acquises pendant ma formation. De plus, je développerai des compétences en méthodologie pour la recherche d'articles scientifiques dans les différentes bases de données, les méthodes de récolte de données et la réalisation d'une analyse critique.

1.2. Motivations socioprofessionnelles

L'administration de médicaments implique le rôle médico-délégué¹⁰ de l'infirmière. En effet, c'est le médecin qui prescrit les médicaments, alors que l'infirmière administre et surveille la compliance, l'efficacité et les éventuels effets secondaires relatifs au traitement, informe et éduque le patient¹¹. Spécifiquement pour les prescriptions *en réserve*, les infirmières ont un rôle plus déterminant à jouer, puisque la décision de l'administration ou non, du moment ou

⁹ L'adénotonsillectomie est une intervention chirurgicale visant l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes. In: GARNIER, Jacques [et al.]. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 29ème édition. Paris: Maloine, 2006. p. 16

¹⁰ L'infirmière à trois fonctions : autonome, médico-déléguée et interdépendante. Ces dernières seront abordées de façon plus approfondie dans le cadre de référence, au point 3.2.2. Selon : BIZIER, Nicole. *De la pensée au geste : un modèle concept en soins infirmiers*. 3ème Ed. Paris: Maloine. 1992. p. 42

¹¹ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. Paris: Med-Line, 2006. p. 66-68

encore du médicament à administrer (si plus d'un disponible) leur incombe à elles seules¹². L'intérêt d'étudier ce thème est donc justifié pour la pratique infirmière.

Après avoir réalisé quelques recherches sur la gestion de la douleur et en me centrant sur le rôle infirmier, j'ai pu constater que de nombreux livres, études ou recommandations sont publiés sur ce sujet. Une vaste littérature est à portée de mains ! Toutefois, j'ai trouvé peu d'études francophones explorant spécifiquement les prescriptions antalgiques *en réserve*. Beaucoup de documents existent toutefois en anglais ; ces études portent notamment sur les connaissances infirmières, les obstacles à l'administration des antalgiques, etc. Ce travail peut donc être innovant et apporter un regard complémentaire dans la recherche d'une utilisation optimale des antalgiques *en réserve* par les infirmières, ceci dans le contexte valaisan. Il sera du moins une bonne occasion d'aborder cette question avec les professionnelles et d'apporter quelques éléments de réflexion sur les pratiques quotidiennes.

1.2.1. Argumentation des compétences développées

Tout au long de ma démarche, je vais pouvoir élargir certaines compétences spécifiques faisant partie du référentiel de compétences de 3^{ème} année du Bachelor en soins infirmiers¹³. L'intégralité du référentiel de compétence est présenté en annexe A.

Compétence 5 : « Contribuer à la recherche en soins et en santé »

- « *s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain* »

La capacité de définir des problématiques en lien avec des situations rencontrées sur le terrain est un élément à travailler pour atteindre cette compétence au niveau « expertise ». Le questionnement doit émerger de la pratique afin d'entreprendre une recherche pertinente et utile. Pour déterminer le sujet de mon travail, je me suis inspirée de situations rencontrées en stage impliquant l'utilisation d'antalgiques prescrits *en réserve*.

¹² DE ROND, Marlies E. J. [et al.]. A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*, 2000, 89, p. 25-38

¹³ HAUTE ECOLE SPÉCIALISÉE DE SUISSE OCCIDENTALE. *Plan d'études cadre Bachelor 2006. Filière de formation Soins Infirmiers* [en ligne]. Adresse URL : www.hes-so.ch/documents/showFile.asp?ID=1851 (consultée le 02 novembre 2010)

- « **participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement** »

Ma future utilisation des antalgiques pourra s'inspirer de résultats scientifiquement prouvés découverts tout au long de mon processus d'exploration littéraire et pratique. Ceux-ci me permettront d'argumenter mes soins sur la base de connaissances actualisées.

- « **participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques** »

Tout au long de ce travail, je veillerai à respecter les principes éthiques de la recherche. Je me baserai sur le document édité par l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) qui diffuse les principes guidant spécifiquement les chercheurs en soins infirmiers¹⁴. Dans le chapitre de la méthode, je développe plus précisément les actions mises en place pour respecter ces principes éthiques.

- « **utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique** »

Les résultats que j'obtiendrai à la fin de ce mémoire seront partagés avec les équipes soignantes participantes par la distribution d'un exemplaire du travail, avec l'accord de la HES-SO Valais/Wallis. Ce travail définira des propositions pour la pratique dans le but d'optimiser la gestion de l'administration des antalgiques prescrits *en réserve* d'un point de vue infirmier. De plus, les résultats obtenus pourront servir au développement de futures recherches.

Compétence 8 : « Participer aux démarches qualité »

- « **évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle** »

Une gestion optimale de la douleur peut être un critère de qualité des soins¹⁵. Grâce à ce travail, je pourrai apporter des pistes de réflexion sur la prise en charge actuelle de la douleur des patients au moyen des antalgiques prescrits *en réserve*. Je ferai preuve d'esprit critique en analysant les données recueillies auprès des professionnelles.

¹⁴ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*. Berne : 2002. 24 p.

¹⁵ Les HUG le mentionnent ainsi : « Longtemps considérée comme une simple question de confort, elle (la douleur) est perçue aujourd'hui comme un critère essentiel de la qualité des soins ». In : HUG. ESPACE PRESSE. *Communiqués de presse : troisième semaine européenne de la douleur aux HUG, un badge pour en parler* [en ligne]. Adresse URL : http://www.hug-ge.ch/actualite/communiques_presse_detail_eid_40_lid_7.html (consultée le 26 mai 2010)

- **« utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration »**

Comme énoncé précédemment, ce travail aboutira à des propositions pour la pratique infirmière. Celles-ci pourront être concrétisées par les responsables des services concernés.

Compétence 9 : « Exercer sa profession de manière responsable et autonome »

- **« s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière »**

Les recherches en sciences infirmières sont basées sur des problématiques propres à la profession. Elles permettent donc, même si elles croisent d'autres champs disciplinaires, de mettre en avant le point de vue spécifiquement infirmier sur des faits relevant pour la pratique quotidienne. Ce travail permettra de mettre en avant la démarche de soins infirmiers lors d'administration d'antalgiques prescrits *en réserve*, ainsi que le rôle infirmier dans ce soin.

- **« prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle »**

A chaque étape de ce travail, je devrai prendre des décisions déterminantes de la suite de ma recherche. Celles-ci devront être réfléchies et assumées tout au long de la démarche et feront l'objet d'une auto-évaluation en fin de travail.

1.3. Motivations économiques et politiques

« La douleur est l'un des tout premiers motifs de consultation médicale »¹⁶. En cas de soulagement inadéquat, une augmentation des coûts de la santé est possible, due par exemple à une prolongation des séjours hospitaliers ou à une augmentation de la période de réhabilitation¹⁷.

Dans l'article 32 de la Loi fédérale sur l'Assurance Maladie (LAMal), il est mentionné que l'efficacité des prestations de soins offertes doit être justifiée par des preuves scientifiques et régulièrement évaluée¹⁸. Ceci sous-entend l'obligation pour les soins infirmiers, de développer l'Evidence-based Nursing: les soins infirmiers basés sur des preuves, dont le but

¹⁶ QUENEAU, Patrice, OSTERMANN, Gérard. *Le médecin, le malade et la douleur*. Paris: Masson, 2004. p. 443

¹⁷ DUNWOODY, Colleen J. [et al.]. Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n°1, p. S11-S21.

¹⁸ CONFÉDÉRATION SUISSE. *Loi fédérale sur l'assurance-maladie* [en ligne]. Etat au 1^{er} janvier 2010. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html (consultée le 26 mai 2010)

est d'offrir des soins de qualité en tenant compte des connaissances issues de la recherche, de l'expérience professionnelle et du choix du patient¹⁹.

Au fil de ce travail, je mets en avant des résultats obtenus antérieurement sur ce sujet, élabore moi-même une recherche de niveau initial en interrogeant huit professionnelles du terrain et apporte des recommandations pour la pratique infirmière.

1.4. Objectifs personnels d'apprentissage

Ce processus de recherche me permettra de développer spécifiquement les objectifs suivants :

- ✓ Etudier les concepts qui touchent mon sujet d'étude afin de composer mon cadre de référence, synthétisé et pertinent pour l'analyse des données
- ✓ Adapter les principes méthodologiques au thème et au type d'étude réalisée
- ✓ Analyser les données recueillies sur le terrain et démontrer les liens avec le cadre de référence
- ✓ Auto-évaluer l'ensemble de ma démarche de recherche

¹⁹ WALTJ-BOLLIGER, Marianne. « Evidence-based nursing, une réponse aux exigences de qualité ». *Soins infirmiers*, 2008, p. 58-61

2. Problématique

Durant les vingt dernières années, les connaissances sur les mécanismes physiopathologiques de la douleur et sa prise en charge se sont considérablement développées. Pourtant, « *certain patients continuent de souffrir, probablement en raison d'un décalage entre le progrès des connaissances et l'application des traitements dans la pratique clinique quotidienne* »²⁰.

Spécifiquement dans le domaine de la pédiatrie, la douleur a très longtemps été niée en argumentant un développement incomplet du système nerveux chez les enfants²¹. Grâce aux nombreuses études et progrès réalisés, la douleur de l'enfant est actuellement le plus souvent reconnue. Toutefois, « *l'analyse des pratiques montre que la prise en charge est très inégale et bien souvent inadéquate* »²².

2.1. Détection de la douleur

Afin de dépister efficacement la douleur, l'infirmière doit procéder à son évaluation: étape primordiale à toute prise en charge adéquate²³. De nombreuses études démontrent que, malgré les efforts réalisés ces dernières années, cette première étape relevant du rôle propre infirmier n'est pas encore systématiquement effectuée. Une enquête de prévalence réalisée aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en 2009 dans le département de l'enfant et de l'adolescent (DEA) démontre qu'au moins une évaluation de la douleur depuis l'admission de l'enfant n'est présente que dans 54% des cas. Pour les patients au bénéfice d'un traitement antalgique, une évaluation de la douleur chiffrée sur les 24 heures précédentes n'est documentée que dans 37% des cas²⁴. Cependant, ces chiffres sont plus élevés qu'en 2008, ce qui démontre un effet bénéfique de la campagne menée contre la douleur depuis une dizaine d'années²⁵.

²⁰ MATHEY-DORET-BERHOUD, Hélène. *Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires*. (Op. cit.), p. 22

²¹ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. Paris : Masson, 2002. p. 5-6

²² Ibid, p. 5

²³ LOMBART, Bénédicte. *Faut-il s'arrêter d'évaluer ? Regards sur la formation à l'évaluation de la douleur en pédiatrie*. In : Sous la direction de COHEN-SALMON, Didier. *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*. Ramonville Saint Agne: éditions Eres, 2007. p. 92

²⁴ GIERSCHE, V., CANCELEDDA, R. *Amélioration de la prise en charge de la douleur dans le Département de l'Enfant et de l'Adolescent : Mise en place d'un outil de prévalence* [en ligne]. Adresse URL : <http://dea.hug-ge.ch/library/pdf/canceledda.pdf> (consultée le 01 décembre 2010)

²⁵ Ibid.

Bien que les comportements dans la pratique restent parfois insatisfaisants, les infirmières semblent avoir conscience de la nécessité d'une évaluation efficiente pour un soulagement adéquat, comme le démontre l'étude de Gordon [et al.] réalisée auprès d'infirmières travaillant dans des services diversifiés (adultes et enfants). Il y est reporté que l'évaluation de la douleur est citée par l'ensemble des infirmières interrogées comme l'un des trois facteurs principaux, avec le niveau de sédation et la fréquence respiratoire, pour la prise de décision d'administrer ou non un opioïde *en réserve*²⁶.

La problématique de la crédibilité de l'auto-évaluation de la douleur et/ou de ses manifestations est aussi très discutée, particulièrement en pédiatrie. L'étude de Van Hulle, portant sur plusieurs services de soins pédiatriques, a démontré que 55% des infirmières participantes trouvent que l'enfant exagère sa douleur. Il est également ajouté que les professionnelles croient la douleur de l'enfant lorsqu'elle est accompagnée de manifestations comportementales dans 82% des cas, alors qu'elles ne la trouvent crédible que dans 49% des cas dans la situation contraire²⁷.

Je peux déduire que si la douleur est sous-évaluée, les actions entreprises pour la soulager seront également insuffisantes. Ceci peut potentiellement, en partie, expliquer les seuils de douleur importants encore relevés chez les enfants hospitalisés²⁸.

2.2. Médication antalgique : est-elle sous-utilisée ?

Des études réalisées ces dernières années démontrent une gestion médicamenteuse de la douleur parfois inadaptée: des enfants algiques ne reçoivent pas d'analgésie et d'autres continuent à se plaindre de douleur malgré une prise d'antalgiques²⁹.

Les difficultés relevées quant à l'évaluation de la douleur peuvent d'une part expliciter les difficultés d'utilisation des antalgiques. Il est relevé dans l'étude de Van Hulle & Gaddy que face à deux patients présentant le même seuil de douleur, mais l'un accompagné de manifestations comportementales et l'autre non, les infirmières interviendraient différemment. La majorité des infirmières auraient administré de la morphine *en réserve* à

²⁶ GORDON, Debra B. [et al.] Nurses' Opinions on Appropriate of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n° 3, p. 131-140

²⁷ VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2005, vol. 30, n°3, p. 177-183

²⁸ VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Perceptions of Children's Pain: A Pilot Study of Cognitive Representations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, vol. 33, n° 3, p. 290-301

²⁹ VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain. (Op. cit.), p. 177-183

l'enfant avec une EVA³⁰ à 8 et grimaçant, alors qu'un tiers d'entre elles seulement l'administrerait à l'enfant présentant la même EVA mais souriant³¹. Une non adéquation du palier antalgique au niveau de douleur est également mis en évidence³² et peut justifier un soulagement de la douleur inadéquat. L'étude de Gordon [et al.], étudiant les réponses d'infirmières de services d'adultes et pédiatriques face à des situations contenant des médicaments prescrits *en réserve*, indiquent des résultats similaires : les auteurs relèvent qu'un tiers voir la moitié des infirmières interrogées ont choisit des réponses qui tendent à sous-utiliser les médicaments *en réserve*, même en présence de douleurs sévères et en absence d'effets secondaires des doses antérieures chez leurs patients³³.

L'étude de Mathey-Doret-Berthoud (médecin de Genève) auprès de service de patients adultes apporte des résultats parallèles à ceux retrouvés dans les services de pédiatrie. Elle a l'avantage d'être réalisée en Suisse Romande, ce pourquoi je trouve intéressant de relever quelques points importants. Il y est démontré que 76% des patients reçoivent moins d'opiacés que prescrit par les médecins et environ 50% moins de paracétamol et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS). Le manque d'adhésion des infirmières à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires ne s'explique pas par l'absence de douleur, puisque la moitié des patients qui souffrent de douleurs sévères, définies par une EVA supérieure ou égale à quatre au repos, à la toux et/ou à la mobilisation, reçoit moins d'opiacés que prescrit. Seule une minorité de patients qui souffre de douleurs sévères reçoit la dose prescrite ou plus. Il y a alors 35 à 44% des patients avec de sévères douleurs pour lesquels les infirmiers manquent d'adhésion à la prescription médicale d'opiacés³⁴. L'auteure a également comparé l'adhésion aux prescriptions d'antalgiques à celles des anticoagulants. Etonnamment, cette dernière est quasi totale. Ceci pourrait s'expliquer par le manque de connaissances sur les effets secondaires possibles d'une douleur mal traitée, alors que les effets indésirables thromboemboliques postopératoires sont bien intégrés³⁵.

³⁰ Lire Echelle Visuelle Analogique. Vous trouverez plus de détails sur les échelles d'évaluation de la douleur dans le cadre de référence, au point 3.1.3.1. : « Outils d'évaluation de la douleur ».

³¹ VAN HULLE VINCENT, Catherine, GADDY Erica J. Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. *Research in Nursing & Health*, 2009, vol. 32, p. 530-539

³² Ibid, p. 530-539

& VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain. (Op. cit.), p. 177-183

³³ GORDON, Debra B. [et al.]. Nurses' Opinions on Appropriateness of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. (Op. cit.). p. 131-140

³⁴ MATHEY-DORET-BERHOUD, Hélène. *Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires*. (Op. cit.), p. 34-35

³⁵ Ibid, p. 37-38

D'autres obstacles à l'utilisation optimale de l'antalgie par les infirmières ont été identifiés. Je relèverai tout d'abord le manque de temps, la mauvaise communication et les différences de perceptions entre infirmières³⁶. Les infirmières rapportent également une discordance entre la vision infirmière et médicale (sentiment d'inadéquation ou d'insuffisance de prescription, non priorisation du soulagement de la douleur par les médecins, etc.)³⁷. Des mythes, certaines représentations ou conceptions erronées des soignants, peuvent aussi, inconsciemment parfois, générer des problèmes. Des éléments en lien avec une peur d'un surdosage morphinique, une sursédation ou une dépression respiratoire sont relevés³⁸ ainsi que la peur de la dépendance, principalement avec les opiacés³⁹. De plus, une mauvaise compréhension de la prescription médicale peut aussi être en cause. Il a été démontré que certaines infirmières interprètent la prescription *en réserve* comme « à donner le moins possible »⁴⁰. Pour terminer, des facteurs liés aux patients doivent être pris en compte: l'âge, les comportements, le diagnostic médical pourront avoir une importance plus ou moins prononcée⁴¹ ainsi qu'une peur des injections, une réticence à prendre des médicaments⁴².

2.3. Antalgie *en réserve* : spécificités

Les antalgiques *en réserve* représentent une partie importante des prescriptions analgésiques. Une enquête de prévalence de la douleur effectuée au sein du DEA des HUG en 2010 démontre que 58,3% des antalgiques sont prescrits *en réserve*, dont la majorité sont du premier palier proposé par l'organisation mondiale de la santé (OMS)⁴³.

³⁶ SCHAFFHEUTLE, Ellen Ingrid, CANTRILL, Judith A., NOYCE, Peter R. Why is pain management suboptimal on surgical wards ? *Journal of Advanced Nursing*, 2000, vol. 33, n°6, p. 728-737

³⁷ Ibid, p. 728-737

& VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain. (Op. cit.), p. 177-183

& VAN HULLE VINCENT, Catherine, DENYES, Mary J. Relieving Children's Pain : Nurses' Abilities and Analgesic Administration Practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 2004, vol. 19, n°1, p. 40-50

³⁸ VAN HULLE VINCENT, Catherine, GADDY Erica J. Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. (Op. cit.), p. 530-539

³⁹ VAN HULLE VINCENT, Catherine, DENYES, Mary J. Relieving Children's Pain : Nurses' Abilities and Analgesic Administration Practices. (Op. cit.), p. 40-50

⁴⁰ CONLON, Joy A., O'MATHUNA, Donal P., O'HARE, Brendan. As required versus fixed schedule analgesic administration schedules for treating postoperative pain in children and adults. *The Cochrane Library*, 2009, vol. 3, p.2

⁴¹ GIMBER-BERGLUND, Ingaliil, LJUSEGREN, Gunilla, ENSKÅR, Karin. Factors influencing pain management in children. *Paediatric nursing*, 2008, vol. 20, n° 10, p. 21-25

⁴² SCHAFFHEUTLE, Ellen Ingrid, CANTRILL, Judith A., NOYCE Peter R. « Why is pain management suboptimal on surgical wards ? ». (Op. cit.), p. 728-737

& VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain. (Op. cit.), p. 177-183

⁴³ Selon une étude de prévalence de la douleur réalisée au sein du DEA des HUG en 2009 et 2010, dont les résultats m'ont été transmis par e-mail par une responsable du service.

Pour standardiser spécifiquement l'administration de ce type d'antalgique, certaines institutions ont instauré des seuils d'intervention thérapeutique, alors que d'autres ne l'indiquent pas dans leur politique de lutte contre la douleur. Aux HUG, une recommandation uniformisée indique, par exemple, qu'il faut envisager un traitement en présence d'une EVA supérieure à 3/10, en réalisant une évaluation avant, pendant et après le soin, en transmettant et transcrivant l'information dans le dossier⁴⁴. Dans le standard de soin pour l'évaluation de la douleur paru en 2010, il est également indiqué que le seuil d'intervention doit être discuté avec le patient⁴⁵.

Spécifiquement au DEA, le même principe est mentionné, mais des seuils d'interventions généraux sont indiqués pour chaque échelle d'évaluation de la douleur⁴⁶.

A l'hôpital du Valais, selon mon expérience et celle de Valérie, ainsi que de part nos entretiens exploratoires⁴⁷, il n'y a pas de recommandations ni de protocoles institutionnels uniformisés qui régissent l'administration des antalgiques prescrits *en réserve*. Un standard de qualité pour la prise en charge de la douleur est en cours d'élaboration et pourrait contenir de plus amples d'informations.

En France, des recommandations de bonnes pratiques en matière de soulagement médicamenteux de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant ont été édictées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSPS) en juin 2009 et indiquent particulièrement sur les médicaments *en réserve* qu' « *il faut toujours prévoir une prescription anticipée (« ordonnance évolutive»), si la douleur est insuffisamment soulagée* » et ajoute « *en fixant des seuils précis : si EVA supérieure à 4, si EVENDOL supérieur à 5, si l'enfant continue de se plaindre...* »⁴⁸.

Le rôle infirmier dans l'administration des antalgiques *en réserve* est plus développé que pour les antalgiques prescrits à intervalles fixes⁴⁹. En effet, l'infirmière doit en plus déterminer

⁴⁴ RÉSEAU DOULEUR DES HUG. *Le bon antalgique au bon moment (adultes)* [en ligne]. Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/library/pdf/bon_antalgique.pdf (consultée le 15 mai 2010)

⁴⁵ HUG. PROGRAMME DE SOINS « RÉSEAU DOULEUR ». *Standards de soins pour l'évaluation de la douleur (patients hospitalisés)* [en ligne]. Mis à jour le 15 juillet 2010. Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/reconnaitre/reconnaitre_mesurer.html (consultée le 02 mai 2011)

⁴⁶ Les différents documents concernant spécifiquement le DEA des HUG ne sont actuellement pas disponibles sur le site internet officiel de l'institution. Ces documents m'ont été envoyés par e-mail par une responsable du DEA.

⁴⁷ Nous avons toutes deux effectué trois entretiens exploratoires. Nous avons rencontré un infirmier-chef d'un établissement médico-social, une infirmière responsable de formation d'un service de pédiatrie et finalement l'infirmière cheffe d'un service de médecine et chirurgie adulte.

⁴⁸ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25caead3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

⁴⁹ Les différents types de prescriptions et le rôle infirmier sont repris en détails dans le cadre de référence, au point 3.2.6.

la nécessité de l'administration, le moment ainsi que le choix de l'antalgique si plusieurs d'entre eux sont prescrits⁵⁰. Le fait que l'infirmière joue un rôle prépondérant dans ce soin a-t-il une influence sur l'utilisation de l'antalgie *en réserve* et comment est-il perçu par celle-ci ?

2.4. Politique de soins

Une étude scandinave soulève l'influence de la structure et de la culture de l'établissement de soins qui définit les rôles de chaque professionnel ou encore certains aspects légaux. Les auteurs relèvent qu'actuellement, trop souvent, les établissements promeuvent une politique plutôt « médecin-centriste » et fortement axée sur les tâches, ce qui réduit le rôle autonome infirmier⁵¹.

L'importance de la structure institutionnelle et de son organisation dans la prise en charge de la douleur est relevée par un comité d'experts français, qui ont établi en 2008 des recommandations pour la prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ils indiquent qu' « *il est recommandé d'insister sur l'importance d'une implication institutionnelle avec des objectifs concernant la prise en charge de la douleur dans le projet de l'établissement (...) avec définition de référents et responsabilisation des acteurs* »⁵².

A l'heure actuelle, je constate que beaucoup d'établissements n'instaurent pas de politique commune de prise en charge de la douleur et me questionne sur les conséquences que cela peut induire.

2.5. Question spécifique de recherche

Après une brève revue de la littérature, les entretiens exploratoires et l'exposition de la problématique, je formule la question de recherche suivante :

« Face à une prescription médicale pour un antalgique *en réserve*, sur quels éléments se base l'infirmière pour décider de son administration ou non chez un patient souffrant de douleurs aiguës? »

⁵⁰ DE ROND, Marlies E. J. [et al.]. A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. (Op. cit.), p. 25-38

⁵¹ REJEH, Nahid [et al.]. Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009, vol. 23, p. 274-281

⁵² COMITÉ DOULEUR-ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ET COMITÉ DES RÉFÉRENTIELS DE LA SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2008, vol. 27, p. 1035-104

A ma connaissance, cette question n'a pas encore été abordée en soi, tout du moins en Valais. La majorité des études se rapportant à mon sujet d'étude sont anglo-saxonnes, comme constaté dans la problématique ; cette étude dans un contexte différent peut donc apporter un regard nouveau de la part des professionnelles du terrain valaisan.

Je maintiens mon choix de réaliser mon travail au sein d'un service de pédiatrie car, en plus des arguments cités dans l'introduction, à la suite de mon expérience de formation dans un tel service, j'ai constaté que la politique de gestion de la douleur mise en place est beaucoup plus présente que dans certains services d'adultes dans lesquels j'ai pu exercer. La politique de service étant un facteur important pour une prise en charge optimale de la douleur, nous décidons en accord avec Valérie, de travailler l'une dans un service de pédiatrie et l'autre dans un service d'adulte, afin de constater si des éléments de la politique influencent la prise en charge de la douleur, spécifiquement l'utilisation des antalgiques *en réserve*. Les caractéristiques propres au patient et/ou au soignant sont également des éléments pouvant modifier de la prise en charge ; nous aimerions rechercher la façon dont elles déterminent la démarche de soins infirmiers lors de ce soin. A travers l'exploration de ce processus infirmier, nous aimerions de plus identifier les points importants de son rôle propre.

Nous avons choisi toutes deux de cibler la douleur aiguë car elle est fréquente en milieu hospitalier⁵³. De plus, les antalgiques prescrits *en réserve* sont utilisés pour des accès de douleurs, donc des douleurs aiguës, lorsque la douleur de base est insuffisamment soulagée⁵⁴. Les antalgiques *en réserve* sont donc en lien avec une douleur aiguë.

Ma question personnelle de recherche se définit donc ainsi :

« Face à une prescription médicale pour un antalgique « en réserve », sur quels éléments se base l'infirmière en pédiatrie pour décider de son administration ou non à un enfant souffrant de douleurs aiguës ? »

⁵³ FLETCHER, Dominique. *Evaluation et principe de traitement d'une douleur aiguë*. In : Sous la direction de BRASSEUR, Louis, BOUHASSIRA, Didier, CHAUVIN, Marcel. *Douleurs aiguës*. Rueil Malmaison : éditions Arnette, 2006, Collection Références en douleur et analgésie. p. 1.

⁵⁴ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25caead3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

2.6. Hypothèses de recherche⁵⁵

En me basant sur ma question spécifique de recherche et sur ma problématique, je formule les hypothèses suivantes :

- ✓ Les éléments que prennent en compte les infirmières pour décider de l'administration ou non d'un antalgique prescrit *en réserve* sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle
- ✓ Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit *en réserve* par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes
- ✓ La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique *en réserve*

2.7. Objectifs de la recherche

En regard de ma question de recherche et des hypothèses formulées, je définis les objectifs de recherche suivants :

- ✓ Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique prescrit *en réserve* chez un enfant
- ✓ Identifier la perception des infirmières sur l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique *en réserve* par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes
- ✓ Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique *en réserve*
- ✓ Relever les similitudes et disparités de la démarche de soins infirmiers, de la perception du rôle propre infirmier et de l'influence de la politique de service lors de l'administration d'antalgique *en réserve*, entre les infirmières du service adulte et celles du service de pédiatrie

⁵⁵ Les hypothèses et objectifs de recherche sont identiques pour Valérie et moi, hormis le contexte dans lequel ils sont étudiés.

3. Cadre de référence

Dans ce chapitre, ma collègue et moi développons trois concepts qui permettront une meilleure compréhension des différents éléments issus de la problématique, question de recherche et hypothèses. Ceux-ci serviront également de support théorique auquel nous nous référerons pour notre analyse. Les éléments théoriques développés ne sont pas exhaustifs mais orientés en fonction de la thématique de recherche.

3.1. Concept « douleur »

Nous avons choisi d'aborder la douleur selon la définition proposée par l'International Association for the Study of Pain (IASP), qui la décrit comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage* »⁵⁶. Cette définition prend en compte toute la complexité de la douleur ; elle inclut l'ensemble de ses dimensions ainsi que ses différents types, objectivables ou non par les soignants. De plus, elle met bien en évidence qu'au-delà de la sensation, la douleur dépend également du ressenti et du vécu personnel.

Les mécanismes neurophysiologiques permettant de véhiculer la douleur sont déjà fonctionnels chez le fœtus entre la 24^{ème} et la 30^{ème} semaine de gestation; il peut donc percevoir la douleur aussi bien qu'un adulte, à l'inverse de ce qui a longtemps été affirmé⁵⁷. Au contraire, les systèmes inhibiteurs descendants sont déficients et ce encore à la naissance. Ceci porte à croire que le fœtus et les nourrissons pourraient ressentir une douleur plus forte, pendant « *une période d'hyperréactivité* »⁵⁸.

3.1.1. Classification de la douleur

La douleur peut être classifiée, entre autres, selon son mécanisme générateur ou sa durée d'évolution⁵⁹.

Quatre types de douleur sont classés selon le mécanisme étiologique. La douleur par excès de nociception est provoquée par « *une stimulation des fibres nociceptives* », en présence d'un

⁵⁶ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2008. p. 22

⁵⁷ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 5

⁵⁸ Ibid, p. 12

⁵⁹ DEYMIER, Valérie, WROBEL, Jacques, LEVY, Frédéric. *Approche pratique du traitement de la douleur*. Rueil-Malmaison : Ursa pain institut, 2003. p. 31

système nerveux sain ; c'est la plus fréquente des douleurs aiguës rencontrées⁶⁰. La douleur neuropathique ou neurogène provient d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique responsable de dysfonctionnements des voies nociceptives, engendrant des sensations de brûlures, fourmillements, décharges électriques ou troubles de la sensibilité⁶¹. La douleur psychogène ou sine materia se présente lorsque le patient ressent réellement la douleur, mais dont on ne peut identifier la cause actuellement⁶². Les douleurs induites sont un type particulier de douleur par excès de nociception. Elles se définissent comme « *des douleurs de courte durée, causées par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées* »⁶³. Différentes méthodes sont à disposition pour prévenir ce type de douleurs⁶⁴.

Deux types de douleurs sont classés selon le temps d'évolution. Tout d'abord, la douleur aiguë peut durer jusqu'à trois mois, induire des manifestations neurovégétatives et de l'anxiété⁶⁵. Elle a un effet protecteur pour l'organisme car elle constitue un signal d'alarme révélateur de la maladie. Puis, la douleur chronique qui évolue ou est fréquemment récurrente pendant plus de trois mois, répondant insuffisamment aux traitements proposés⁶⁶. La douleur chronique devient une maladie en soi et non plus l'unique résultat d'une atteinte physiologique. Elle a des conséquences importantes sur l'état cognitif, émotionnel et fonctionnel du patient et n'induit que peu de manifestations neurovégétatives⁶⁷. Dans ce travail, nous ne traiterons pas de la douleur chronique, qui nécessite une prise en charge particulière.

⁶⁰ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. (Op. cit.), p. 48

⁶¹ Ibid, p. 49

⁶² Ibid, p. 52

⁶³ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 172

⁶⁴ Quelques méthodes pharmacologiques les plus fréquemment utilisées pour la prévention des douleurs induites seront décrites dans le chapitre de la médication antalgique, au point 3.1.4.

⁶⁵ MAZZOCATO, Claudia, DAVID, Stéphane. L'évaluation de la douleur. *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* [en ligne]. Adresse URL : http://www.svmed.ch/membre/Palliative_Flash/Guide%20des%20Soins%20Palliatifs/02-l'evaluation%20de%20la%20douleur-1.pdf?PHPSESSID=be4cda48a2125503269e3654fec94d37 (consultée le 19 août 2010)

⁶⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé* [en ligne]. Adresse URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf (consultée le 16 novembre 2010)

⁶⁷ MAZZOCATO, Claudia, DAVID, Stéphane. L'évaluation de la douleur. *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* [en ligne]. Adresse URL : http://www.svmed.ch/membre/Palliative_Flash/Guide%20des%20Soins%20Palliatifs/02-l'evaluation%20de%20la%20douleur-1.pdf?PHPSESSID=be4cda48a2125503269e3654fec94d37 (consultée le 19 août 2010)

3.1.2. Les composantes de la douleur

Dans toute douleur, quatre éléments vont interagir et influencer la perception que l'individu en aura.

✓ La composante sensori-discriminative

Elle correspond à ce que sent physiquement le patient. Son exploration permet de déterminer la localisation, l'intensité, la durée et les caractéristiques de la douleur. En dehors de pathologies psychologiques, ces éléments sont les plus mis en avant, tant par les patients que par les soignants⁶⁸.

✓ La composante affective et émotionnelle

Elle correspond au ressenti du patient face à la douleur, les émotions qui l'accompagne, son vécu personnel. Cette composante peut s'exprimer même sans les mots et se retrouve donc aussi chez les enfants qui n'ont pas encore acquis la parole. Elle occupe une place prépondérante chez les patients souffrant de douleur chronique et lors de pathologies psychologiques⁶⁹.

✓ La composante cognitive

Celle-ci comprend l'ensemble des processus mentaux qui donne à l'individu une signification intellectuelle de la douleur. Chose importante, les processus mentaux sont fortement influencés par des facteurs socioculturels. L'éducation reçue, son rapport au corps, ses expériences antérieures de douleurs, ses stratégies d'adaptation personnelles, le contexte d'apparition et les caractéristiques des pathologies sous-jacentes, l'âge ou l'état psychologique du patient sont quelques facteurs qui vont jouer un rôle dans le sens que donnera l'individu à sa douleur⁷⁰.

Chez les nouveau-nés et les nourrissons, cette composante est donc inexploitable.

✓ La composante comportementale

Elle se rapporte à toutes les expressions de douleur, conscientes ou inconscientes, verbales ou non-verbales de la personne souffrante. Cette composante est exprimée par la parole, les gestes (positions antalgiques, mimiques, etc.) mais aussi par les manifestations

⁶⁸ METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*. Paris : Masson, 2000. p. 20-22

⁶⁹ Ibid, p. 20-22

⁷⁰ Ibid, p. 20-22

physiologiques⁷¹ qui accompagnent la douleur. En somme, on retrouve dans cette composante l'ensemble des signes objectivables de la douleur. Cependant, une fois encore, plusieurs facteurs comme l'âge, le sexe, la culture ou l'environnement familial peuvent influencer les comportements du patient face à sa propre douleur ; ceci peut représenter un obstacle de taille pour le soignant dans la reconnaissance de la douleur⁷².

3.1.3. La démarche d'évaluation de la douleur

Les buts de cette étape sont d'objectiver la douleur, prendre en compte la variabilité des comportements douloureux, assurer une meilleure communication, communiquer au sein du corps médical et apporter une aide thérapeutique efficace⁷³.

L'outil d'évaluation utilisé doit être simple et validé, familier pour les soignants et à la portée de la compréhension de l'enfant⁷⁴. Il doit être le même chez un patient pour l'ensemble des soignants afin de pouvoir comparer les différents résultats et de garantir un suivi de l'évolution⁷⁵. L'échelle utilisée doit être adaptée au patient. Plusieurs caractéristiques doivent être prises en compte lors du choix de l'échelle, notamment l'âge, les capacités de communication et le type de pathologie et/ou de douleur⁷⁶.

Plusieurs recommandations existent sur la fréquence d'évaluation de la douleur. Les lignes directrices de l'association des infirmières et infirmiers de l'Ontario indiquent que chez les patients à risque, l'évaluation doit être réalisée au moins une fois par jour. De plus, chez les enfants, il faut demander la participation des parents ou observer les signes de douleurs et réévaluer régulièrement⁷⁷. Les recommandations de bonnes pratiques françaises indiquent qu'il faut évaluer la douleur avant l'administration d'un antalgique, ainsi que 30 à 60 minutes après, avec une échelle validée et adaptée à l'enfant, selon la sévérité de la douleur⁷⁸.

⁷¹ Ces manifestations sont reprises en détail au point 3.1.3.2, traitant des signes observables de douleur.

⁷² METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*. (Op. cit.), p. 20-22

⁷³ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 38-40

⁷⁴ GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2008, vol. 21, n° 1, p. 20-36

⁷⁵ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 58

⁷⁶ GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. (Op. cit.), p. 20-36

⁷⁷ REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Evaluation et prise en charge de la douleur [en ligne]. Adresse URL : http://www.rnao.org/Storage/11/547_%C9valuation_et_prise_en_charge_de_la_douleur.pdf (consultée le 06 décembre 2010)

⁷⁸ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25cae3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

Dans le contexte romand, le standard de soins pour l'évaluation de la douleur dans le DEA des HUG indique que l'évaluation devrait être réalisée chez tous les patients deux fois par jour les deux premiers jours d'hospitalisation. Si une douleur existe, il faut y associer des réévaluations régulières jusqu'à atteindre un score inférieur au seuil d'intervention selon le patient et cela pendant 48 heures. En cas d'absence de douleur, son évaluation se fait tout de même au minimum une fois par jour. De plus, l'évaluation de la douleur est requise lorsque de nouvelles mesures antalgiques sont instaurées, selon le contexte et leur délai d'action⁷⁹.

En pédiatrie, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), la tendance est également d'évaluer la douleur avec les autres signes vitaux. Si l'enfant n'est pas algique, le dépistage se fait une fois par jour; s'il y a une problématique de douleur, l'évaluation est faite plusieurs fois par jour, y compris 30 minutes après l'administration d'antalgiques⁸⁰. Pour les services de médecine adulte de l'hôpital du Valais, le « Guide d'évaluation de la douleur »⁸¹ tend vers une évaluation systématique de la douleur, en la considérant comme un 5^{ème} signe vital⁸².

En pédiatrie, certains éléments rendent difficile cette première étape de prise en charge de la douleur. La peur, le refus de collaborer, les sous ou sur-cotations liées à de nombreux facteurs tels que la mauvaise compréhension de l'outil, sont des exemples de facteurs pouvant induire une évaluation inadéquate de la douleur⁸³. Instaurer un climat de confiance entre l'enfant et le soignant est une étape primordiale au soin en pédiatrie. Si l'enfant ne se sent pas en sécurité, tout geste générera de l'opposition de sa part et nécessitera l'usage de la force par les soignants pour sa réalisation. Afin d'obtenir sa coopération, l'infirmière doit assurer le confort de l'enfant et délivrer des informations sans mensonges sur le déroulement du soin. S'il est possible que les parents soient présents, ils seront une ressource indéniable⁸⁴.

En référence à la définition de la douleur, phénomène personnel et subjectif, l'auto-évaluation est à privilégier au maximum. Chaque fois que possible, c'est le patient lui-même qui devrait évaluer sa douleur sans que celle-ci ne soit connotée par un quelconque

⁷⁹ HUG. CELLULE DOULEUR DEA/DPI. *Standards de soins pour l'évaluation de la douleur dans le DEA*. Avril 2011. p.1

⁸⁰ Ces informations m'ont été transmises par e-mail le 25 mai 2011, par une infirmière coordinatrice du service en question.

⁸¹ VARRIN, Suzanne. *Guide d'évaluation de la douleur*. RSV-GNW, Centre hospitalier du centre du Valais, 2009. p. 6

⁸² La douleur peut être considérée comme un 5^{ème} signe vital, en plus de la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et la température.

⁸³ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 42

⁸⁴ BINOCHÉ, Thierry, MARTINEAU, Caroline. *Guide pratique du traitement des douleurs*. Paris : MMI Edition, Masson, 2001. p. 104

jugement de la part des soignants⁸⁵. Cependant, lorsque le patient, de par son âge ou sa pathologie ne peut communiquer ou comprendre l'auto-évaluation, l'hétéro-évaluation sera utilisée. Les différentes échelles d'hétéro-évaluation prennent en compte l'observation des comportements, des signes corporels et des pleurs⁸⁶. Le soignant devra alors « démasquer » la douleur de l'enfant !

3.1.3.1. Outils d'évaluation de la douleur

Le tableau qui suit reprend l'évaluation de chaque composante, comme proposé par Avet [et al.]⁸⁷ ainsi que les principaux outils utilisés dans le service de pédiatrie concerné par mon étude, en référence au site PEDIADOL⁸⁸, spécialisé dans la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Vous trouverez de plus, en annexe B, les illustrations des principales échelles d'évaluation de la douleur abordées dans ce travail.

⁸⁵ GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. (Op. cit.), p. 20-36

⁸⁶ Ibid, p. 20-36

⁸⁷ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 47-51

⁸⁸ PEDIADOL. *Auto-évaluation* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/auto-evaluation.html> (consultée le 27 mai 2011)

& PEDIADOL. *Hétéro-évaluation* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/hetero-evaluation.html> (consultée le 27 mai 2011)

COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE - AUTOEVALUATION	
Description	Permet d'évaluer l'intensité, les caractéristiques, la durée, l'évolution, la localisation de la douleur. Evaluation quantitative et/ou qualitative.
Outils utilisés	<p>Echelle visuelle analogique (EVA) : Mesure de l'intensité douloureuse par l'enfant, qui déplace le curseur selon sa douleur sur la flèche rouge. Au dos est indiquée la correspondance en chiffre de 0 à 10. C'est l'échelle de référence chez l'enfant dès 6 ans⁸⁹. Le seuil de traitement est à 3/10.</p> <p>Echelle verbale simple (EVS) : Consiste à utiliser différents qualificatifs classés dans un ordre hiérarchisé de niveau d'intensité. Le patient évalue son niveau de douleur à l'aide des termes proposés. Chaque terme correspond à une valeur numérique comprise entre 0 et 10 indiquant l'intensité douloureuse. Utilisable dès 4 ans, elle nécessite toutefois que le vocabulaire soit adapté au développement cognitif de l'enfant et que l'ensemble de l'équipe utilise les mêmes mots.</p> <p>Echelle numérique simple (ENS) : Permet au patient de noter sa douleur de 0 à 10 en fonction du niveau d'intensité. Le 0 correspond à l'absence de douleur et le 10 à la pire douleur imaginable. Elle convient aux enfants dès 8 à 10 ans. Le seuil de traitement est à 3/10.</p> <p>Echelle des visages : Montre des visages mimant un bonhomme allant du non douloureux au très douloureux. L'enfant doit montrer celui qui correspond à sa douleur.</p> <p>Schéma du bonhomme : Celui-ci peut être utilisé dès 4 ans. L'enfant colorie l'endroit où il a mal sur un schéma du corps humain. Si l'enfant est plus grand, il peut différencier les localisations selon l'intensité avec des couleurs différentes.</p> <p>N.B. : Lors de la période de transition de 4 à 6 ans, il est recommandé d'utiliser deux échelles différentes dans le but de garantir la fiabilité de l'évaluation⁹⁰.</p>

⁸⁹ GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. (Op. cit.), p. 21

⁹⁰ Ibid, p. 22

COMPOSANTE AFFECTIVO-EMOTIONNELLE – AUTOEVALUATION ET/OU HETEROEVALUATION	
Description	Détermine les émotions accompagnant la douleur du patient. En principe la perception est plutôt déplaisante voir intolérable.
Outils utilisés	Entretien infirmier dans lequel le patient sera invité à verbaliser ses émotions et pendant lequel le soignant fait également preuve d'observation (pleurs, manifestations anxieuses, dépressives, ...) ⁹¹ . Les parents sont une source d'information importante sur le retentissement de la douleur dans la vie quotidienne du patient.

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE - HETEROEVALUATION	
Description	Comprend les expressions verbales et non-verbales du patient ; prédominante chez les personnes non-communicantes (enfants, comateux, patients atteints de handicap, etc.). En pédiatrie, cette composante est très fréquemment évaluée, principalement chez les enfants qui ne peuvent s'auto-évaluer ou le font en association à l'hétéro-évaluation. L'évaluation réalisée par les parents est irremplaçable, car ils connaissent les comportements habituels de l'enfant ⁹² .

⁹¹ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 49

⁹² GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. *Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans*. (Op. cit.), p. 22

Echelles utilisées en pédiatrie	<p>Grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN) : S'utilise chez le nouveau-né (ou les prématurés) jusqu'à six mois. Le visage, le corps, le sommeil, la relation et le réconfort sont observés pour évaluer la douleur prolongée et l'inconfort de l'enfant. Au-delà d'un score de 5/15, la douleur est probable.</p> <p>Evaluation de la douleur postopératoire de l'enfant (CHEOPS) : Mesure la douleur postopératoire et induite chez des enfants de 1 à 7 ans. Le score va de 4 à 13 points; le seuil thérapeutique se situe à 8/13 points.</p> <p>Score bernois de la douleur⁹³: Evalue la douleur aiguë chez le nouveau-né. Un score maximal de 27 points est possible, sommant le total obtenu à partir de critères subjectifs et des surveillances des paramètres vitaux (fréquence cardiaque et saturation en oxygène). La douleur est identifiée par un score de plus de 8/21 points si seuls les critères subjectifs sont pris en compte ou plus de 11/27 points si la totalité des critères sont considérés.</p> <p>Grille douleur enfant Gustave-Roussy (DEGR) : Convient pour une hétéro-évaluation de la douleur prolongée de 9 mois à 10 ans. Le score va de 0 à 40 points, le seuil thérapeutique se situant à 10/40. Cette échelle est longue et contraignante, ce pourquoi il en existe une version simplifiée: l'échelle Heden.</p>
COMPOSANTE COGNITIVE	
Description	<p>Il s'agit d'explorer le sens donné par l'individu à la douleur, la façon dont il l'intègre dans son histoire. Ses stratégies d'adaptation visant à soulager la douleur font également partie de cette évaluation.</p>
Outils utilisés	<p>L'entretien infirmier et l'observation sont les outils principaux pour évaluer cette composante.</p>

⁹³ Cet outil m'a été présenté par l'infirmière du service de pédiatrie lors d'un entretien exploratoire. Il a été développé par des thérapeutes bernois comme échelle d'évaluation de la douleur chez les prématurés.

3.1.3.2. Signes observables de douleur

En pédiatrie, l'infirmière peut être confrontée à différents signes de douleur chez ses patients. De nombreux facteurs tels que l'âge, le contexte familial, les émotions ou encore les expériences antérieures vont devoir être pris en compte afin de détecter au mieux leur douleur⁹⁴.

Chez l'enfant de 0 à 2 ans, des changements au niveau des signes vitaux surviennent suite au stress provoqué par la douleur. Des pleurs, des cris ou un réconfort impossible, des troubles du sommeil ou relationnels peuvent être observés. Les modifications au niveau du visage sont très significatives de la douleur, comme le plissement des paupières, l'accentuation des sillons nasolabiaux, le froncement des sourcils ; en plus de certaines manifestations corporelles, comme la crispation des orteils, la protection des zones douloureuses ou encore l'agitation transitoire⁹⁵.

Entre 2 et 6 ans, les manifestations retrouvées ressemblent à celles citées ci-dessus. Les signes vitaux pourront être modifiés, sans toutefois être spécifiquement liés à la douleur, tout comme les signes précédents. Les signes typiques de douleur sont la recherche de positions antalgiques et la protection des zones douloureuses, au repos comme à la mobilisation⁹⁶.

Quant aux enfants de plus de 6 ans, leur attitude se rapproche de celle des adultes. De façon générale, dès cet âge, l'enfant peut réaliser une auto-évaluation, qu'il faut favoriser au maximum⁹⁷.

3.1.4. Médication antalgique⁹⁸

L'OMS a élaboré, dans les années 1980, une classification des antalgiques qui est encore largement utilisée à l'heure actuelle. Trois paliers sont déterminés selon le mode et la puissance d'action du principe actif. A chaque palier correspond une intensité de douleur⁹⁹. Le passage à un palier antalgique de niveau supérieur est justifié lorsque le principe actif utilisé

⁹⁴ WOOD, Chantal [et al.]. *Douleur aiguë chez l'enfant*. In : Sous la direction de BRASSEUR, Louis, BOUHASSIRA, Didier, CHAUVIN, Marcel. *Douleurs aiguës*. Reuil Malmaison : éditions Arnette, 2006. Collection Références en douleur et analgésie. p. 207.

⁹⁵ Ibid, p. 207

⁹⁶ Ibid, p. 208

⁹⁷ Ibid, p. 209

⁹⁸ Les principes actifs brièvement développés pour chaque classe thérapeutique ne sont pas exhaustifs; je n'expose ici que ceux qui peuvent me servir pour la section « Analyse ».

⁹⁹ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. (Op. cit.), p. 77-78

ne permet pas un soulagement efficace de la douleur ressentie par le patient¹⁰⁰. Il est recommandé de n'associer que des médicaments avec des mécanismes d'action différents, afin d'éviter d'augmenter les effets secondaires¹⁰¹.

3.1.4.1. Les paliers de l'OMS

A. Palier 1 : Antalgiques non opioïdes

Ces derniers sont indiqués lors de la prise en charge de douleurs d'intensité faible ou moyenne¹⁰². Font partie de ce palier :

✓ Le paracétamol

C'est le principe actif antalgique et antipyrétique le plus couramment utilisé. Ses effets secondaires quasi inexistant font de lui son plus grand atout. Aucun phénomène de tolérance ou de dépendance n'est relevé. Une toxicité hépatique (cytolyse) est possible en cas de surdosage¹⁰³. En pédiatrie, la posologie par voie orale ou parentérale est de 15 mg/kg toutes les six heures¹⁰⁴.

✓ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS ont des propriétés anti-inflammatoires, antalgiques et antipyrétiques. Leurs effets secondaires peuvent être nombreux : les plus courants se retrouvent au niveau digestif, allant d'un simple inconfort à un ulcère gastroduodénal ou à une hémorragie digestive¹⁰⁵.

L'ibuprofène est l'AINS utilisé en première intention en pédiatrie, pour sa bonne tolérance chez les enfants. Sa posologie est de 10 mg/kg chaque 8 heures¹⁰⁶.

¹⁰⁰ NICOLAS, Patrick, ABEILLÉ, Dominique. *Pharmacologie et soins infirmiers*. Paris: Maloine, 2007. p. 111

¹⁰¹ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. (Op. cit.), p. 78

¹⁰² CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre, France, 2009. p. 130

¹⁰³ BINOCHE, Thierry, MARTINEAU, Caroline. *Guide pratique du traitement des douleurs*. (Op. cit.), p. 43

¹⁰⁴ Ibid, p. 43

¹⁰⁵ Ibid, p. 47

¹⁰⁶ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 62

B. Palier 2 : Antalgiques opioïdes faibles

Ce palier d'antalgique est recommandé par l'OMS pour le traitement des douleurs d'intensité modérée à forte¹⁰⁷. Il comprend notamment la codéine et le tramadol ; ceux-ci peuvent être utilisés seuls ou en association avec du paracétamol¹⁰⁸.

✓ Codéine

La codéine a une faible affinité pour les récepteurs opioïdes. Elle est métabolisée par le foie en morphine¹⁰⁹.

En pédiatrie, la dose recommandée par prise est de 0,5 à 1 mg/kg dès 1 an¹¹⁰.

✓ Tramadol

Le tramadol est un antalgique qui agit au niveau central, comme agoniste des récepteurs opioïdes¹¹¹. Les vertiges et nausées sont des effets indésirables très fréquemment reportés¹¹².

Une dose simple de 1 à 2 mg/kg peut être utilisée chez les enfants de plus d'un an¹¹³.

C. Palier 3 : Antalgiques opioïdes forts

Ces derniers sont utilisés pour le traitement des douleurs de forte intensité¹¹⁴.

✓ La morphine

Elle est la substance de référence de cette classe. Ses effets analgésiques sont dus à son action agoniste sur les récepteurs opiacés¹¹⁵.

¹⁰⁷ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p. 130

¹⁰⁸ BINOCHE, Thierry, MARTINEAU, Caroline. *Guide pratique du traitement des douleurs.* (Op. cit.), p. 48

¹⁰⁹ CHAUVIN, Marcel, BEAULIEU, Pierre. *Pharmacologie des opioïdes.* In : Sous la direction de BEAULIEU, Pierre. *Pharmacologie de la douleur.* Canada : Les Presses de l'Université de Montréal, 2005. p. 63

¹¹⁰ PHARMACIE DES HUG. *Doses pédiatriques* [en ligne]. Adresse URL : http://pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/utilismedic/doses_pedHUG.pdf (consultée le 27 juin 2011)

¹¹¹ BINOCHE, Thierry, MARTINEAU, Caroline. *Guide pratique du traitement des douleurs.* (Op. cit.), p. 50

¹¹² DOCUMED. *Compendium Suisse des médicaments* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 25 août 2010)

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p. 130

¹¹⁵ DOCUMED. *Compendium Suisse des médicaments* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 25 août 2010)

L'âge ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation de la morphine¹¹⁶ : «... dès trois mois, les données pharmacologiques sont superposables à celles du grand enfant et de l'adulte »¹¹⁷.

Selon Avet [et al.], les prescriptions morphiniques *en réserve* (morphine à libération immédiate, aussi dites « interdoses ») doivent être utilisées lors d'accès douloureux limité, en prévision d'un soin douloureux ou durant la phase d'ajustement du traitement. Chaque interdose doit correspondre à 1/6 de la posologie quotidienne ; si plus de trois interdoses sont nécessaires, le traitement de fond doit être réajusté¹¹⁸.

De nombreux effets secondaires peuvent survenir lors de consommation d'opioïdes. Ils peuvent causer des réticences chez les soignants, ainsi qu'un refus de prise de la part des patients. Parmi l'ensemble des effets secondaires des opioïdes, selon nos lectures, les plus craints par le personnel soignant sont ceux qui touchent la respiration et le risque de toxicomanie¹¹⁹. Je ne développe pas plus en détails leurs effets indésirables potentiels dans cette section car cela ne me sert pas pour mon analyse, toutefois vous pouvez les trouver à l'annexe C.

3.1.4.2. Moyens de prévention de la douleur induite par les soins¹²⁰

✓ Le mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote (MEOPA)

Le MEOPA a des propriétés anxiolytique, euphorisante et antalgique. Il provoque une sédation consciente et induit une modification des perceptions sensorielles. L'action est obtenue après trois minutes d'inhalation et est réversible dans les cinq minutes suivant son

¹¹⁶ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 67

¹¹⁷ ANNIQUIN, Daniel. La douleur de l'enfant : une reconnaissance tardive. *La recherche*, 2000, 336, p. 42-47

¹¹⁸ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 76

¹¹⁹ D'après différentes sources, dont:

ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 81 et 85

GORDON, Debra B. [et al.] Nurses' Opinions on Appropriateness of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. (Op. cit.), p. 131-140

VAN HULLE VINCENT, Catherine, GADDY, Erica J., Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. (Op. cit.), p 530-539

ANNIQUIN, Daniel. La douleur de l'enfant: une reconnaissance tardive. (Op. cit.), p. 42-47

¹²⁰ Je ne citerai dans ce paragraphe que les moyens médicamenteux de prévention de la douleur induite qui sont ressortis de mes entretiens de recherche.

arrêt. Les contre-indications sont exceptionnelles et les effets secondaires réversibles en quelques minutes¹²¹.

✓ Anesthésie locale transcutanée

La crème Emla® contient en quantités égales de la lidocaïne et prilocaïne. Elle est efficace lors d'effractions cutanées, telles que la pose d'un cathéter veineux périphérique. L'application doit être réalisée au minimum 60 minutes avant le soin, sous pansement occlusif afin d'obtenir une anesthésie cutanée de trois millimètres de profondeur¹²².

✓ Solutions sucrées orales

L'utilisation de solution de saccharose 24% ou de glucose 30% est une méthode efficace de prévention de la douleur induite par des soins invasifs tels que des ponctions veineuses ou capillaires chez les nourrissons de moins de quatre mois. La succion doit être associée à l'administration de la solution sucrée pendant tout la durée du soin. Deux minutes sont nécessaires entre le début de la succion et le geste douloureux ; l'analgésie dure environ cinq à sept minutes¹²³.

3.1.4.3. Les voies d'administration des antalgiques

Il existe différentes voies d'administration pour les analgésiques. La voie orale, parentérale (comprenant les injections intramusculaires, intraveineuses et sous-cutanées), rectale, transdermique, transmuqueuse, épidurale et rachidienne sont possibles. Le choix sera guidé par l'état du patient et par l'effet attendu, en sachant que chaque méthode comprend des avantages et inconvénients¹²⁴.

3.1.5. Conséquences d'une douleur sous-traitée

Pour argumenter l'importance du soulagement de la douleur, je présente ici brièvement ses conséquences principales lorsqu'elle n'est pas ou insuffisamment atténuée en pédiatrie.

¹²¹ ANNEQUIN, Daniel. *Gestion des actes douloureux. Approches thérapeutiques simples* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/gestion-des-actes-douloureux-approches-therapeutiques-simples.html> (consultée le 03 mai 2011)

¹²² Ibid.

¹²³ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25caead3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

¹²⁴ BRUNNER, SUDDARTH. Par SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. 4ème édition. Canada: De Boeck, volume 1, 2006. p. 306-307

La douleur peut engendrer des complications non négligeables chez les enfants. Sur le plan respiratoire, une alcalose, une hypoxémie, une atelectasie ou une rétention des sécrétions peuvent survenir en raison d'une respiration rapide et superficielle, d'une diminution de l'expansion pulmonaire et/ou d'une toux inadéquate. Une tachycardie, une perturbation du sommeil, une hyperglycémie et une hypercortisolémie reliée à l'activation du système nerveux sympathique peuvent également apparaître. Une accélération du métabolisme entraîne une augmentation des pertes liquidiennes et électrolytiques alors qu'une diminution du système immunitaire induit une augmentation du risque infectieux. Pour ce qui a trait au système gastro-intestinal, une augmentation des sécrétions, une hypertonicité sphinctérienne et des muscles lisses sont possibles¹²⁵.

La douleur reste en mémoire¹²⁶ chez l'enfant qui en a souffert et ceci à partir de phénomènes de sensibilisation. Chez les enfants, il « *existe une certaine neuroplasticité qui permet des changements structurels, anatomiques et neurochimiques qui vont constituer une trace de l'événement et vont ensuite moduler la perception de l'événement douloureux suivant, dans le sens d'une facilitation* »¹²⁷. Ceci laissera une trace chez l'enfant et induira des modifications : 1) biologiques, telles qu'un abaissement du seuil de douleur, une réponse au stress accentuée et/ou 2) comportementales telles qu'une réaction d'anticipation, une augmentation de la réaction de détresse pour les prochains soins douloureux ainsi qu'une anxiété et un évitement du monde de la santé¹²⁸.

3.2. Concept du « rôle infirmier »

Ce concept nous paraît indispensable pour comprendre le soin que nous explorons et apporte des notions propres aux sciences infirmières.

3.2.1. Définition des soins infirmiers

Nous avons choisi une définition suisse, celle de l'ASI, qui énonce que : « *les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des*

¹²⁵ BALL, Jane, BINDLER, Ruth. *Soins infirmiers en pédiatrie*. 2^{ème} édition. Canada : Erpi Editions, 2010. p. 463

¹²⁶ Il existe deux types de mémoires : la mémoire explicite consciente, en place dès l'âge de 3 ou 4 ans ; la mémoire implicite inconsciente, présente dès la naissance, qui est un souvenir profond mais pouvant être rappelé par des expériences similaires et pouvant influencer des situations ultérieures du même type. In : CHARRIERE FOURNIER, Elisabeth. *La mémorisation de la douleur de l'enfant : qu'en savons-nous ?* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/la-memorisation-de-la-douleur-de-lenfant--quen-savons-nous.html> (consultée le 20 décembre 2010)

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Ibid.

collectivités... »¹²⁹. La douleur est « *le motif le plus fréquent de consultation auprès des professionnels de la santé* » ; elle est un symptôme physiopathologique corrélé à de nombreuses pathologies, examens ou traitements¹³⁰. La prise en charge de celle-ci fait donc partie intégrante de la mission des soins infirmiers en tant que conséquence des problèmes de santé des patients.

3.2.2. Le rôle infirmier dans les soins

Selon le modèle trifocal de Bizier, l'infirmière a trois domaines d'activités. Ses fonctions respectives à chaque domaine sont la fonction dépendante, interdépendante et autonome¹³¹.

Pour le rôle dépendant, aussi dit médico-délégué, l'infirmière exécute des interventions prescrites par un médecin ; c'est ce dernier qui en a la responsabilité¹³². Dans la prise en charge de la douleur, ce sont principalement les traitements médicamenteux qui font appel à cette fonction.

Le rôle interdépendant se réfère à l'identification d'un problème chez le patient qui devra être traité en collaboration. Les domaines principalement touchés par ce rôle sont la prévention et la surveillance¹³³. L'anticipation de la douleur induite par une séance de physiothérapie peut se rapporter à ce rôle.

Les interventions infirmières découlant de son rôle autonome ou propre sont toutes celles pour lesquelles elle a les capacités et les connaissances pour les entreprendre, les mener à bout de façon autonome. Elle en aura la pleine responsabilité en toute légalité¹³⁴. Le code de la santé publique en France indique que l'évaluation de la douleur des patients dont l'infirmière a la charge relève de son rôle propre. Elle est donc tenue de réaliser ce soin sans prescription médicale. L'infirmière doit établir un « *recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et une appréciation des*

¹²⁹ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité pour les soins infirmiers (standards de soins)*. Berne, SBK-ASI, 2006. p. 3

¹³⁰ BRUNNER, SUDDARTH. Par SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. (Op. cit.), p. 280

¹³¹ BIZIER, Nicole. *De la pensée au geste*. 3ème Editions. (Op. cit.), p. 42

¹³² D'après CARPENITO Lynda Juall (1983) In : MARCHAL, Arlette, PSIUK, Thérèse. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*. Paris : Editions Seli Arslan SA, 2002. p.21

¹³³ Ibid, p. 21

¹³⁴ Ibid, p. 21

principaux paramètres servant à sa surveillance (...) dont l'évaluation de la douleur »¹³⁵. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière travaille avec une démarche de soins au travers de laquelle elle « *identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ». C'est également l'infirmière qui est responsable de la tenue du dossier de soins infirmiers¹³⁶.

La responsabilité infirmière est définie par le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière comme une « *obligation faite à l'infirmière de répondre de ses actes (...) elle découle de son habilitation à dispenser des soins infirmiers* »¹³⁷. Son domaine de responsabilité, selon le Conseil International des Infirmières (CII), concerne « *la fourniture de soins directs, la supervision d'autres membres du personnel de santé, la direction et l'animation d'équipes ou de groupes, la gestion, l'enseignement, la recherche et l'élaboration de la politique de santé pour les systèmes de soins de santé* »¹³⁸.

3.2.3. Le rôle infirmier auprès de l'enfant hospitalisé

L'infirmière, de part ses compétences propres, sa technicité, son observation, ses initiatives et sa créativité, participe activement et en association avec l'équipe pluridisciplinaire, à la prévention et au traitement des maladies de l'enfant hospitalisé. Elle joue également un rôle très important auprès des parents : elle peut reprendre les informations données par le corps médical parfois comprises par les parents, elle favorise au maximum leur présence et/ou leur participation aux soins. L'infirmière s'occupe également de maintenir la continuité avec le domicile et fournit, dans la mesure du possible, des repères familiaux à l'enfant.¹³⁹

3.2.4. Le rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant

La Charte Européenne de l'enfant hospitalisé donne une conduite à tenir pour tous soignants face à la prise en charge de l'enfant et de sa douleur. Il est indiqué que l' « *on évitera tout*

¹³⁵ LEGIFRANCE, LE SERVICE PUBLIC DE DIFFUSION DU DROIT. *Code de la santé publique* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI00000691388&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100830> (consultée le 30 août 2010)

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ AMIEC RECHERCHE. *Dictionnaire des SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière*. 3^{ème} Edition. Paris : Masson, 2005. p. 239

¹³⁸ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Prise de position: Le domaine de pratique des soins infirmiers, 1998*. In : LIEFGEN, Marie-France. *Responsabilité infirmière ?!* [en ligne] Adresse URL : http://www.forum.lu/pdf/artikel/5205_235_Liefgen.pdf (consulté le 1 septembre 2010)

¹³⁹ Sous la direction de KREMP, Louis. *Puériculture et pédiatrie*. Rueil Malmaison : éditions Lamarre, 2007. p. XXIII-XXIV

*examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur »*¹⁴⁰.

*« Au contact direct de l'enfant, l'infirmière joue un rôle primordial dans la prise en charge de la douleur »*¹⁴¹. Celle-ci agit à différents niveaux, dont l'évaluation, l'instauration de protocoles, l'ajustement des posologies, la mise en place d'actions non pharmacologiques¹⁴², la sensibilisation des équipes soignantes et la lutte pour la reconnaissance de la douleur jour après jour¹⁴³.

Le rôle du soignant dans les situations de douleurs induites est d'anticiper le soin douloureux, d'informer l'enfant et ses parents en expliquant le but du soin, de veiller à l'installation correcte du patient, de recourir à des méthodes de prévention médicamenteuses ou non, de favoriser la présence des parents. Il convient aussi de porter une réflexion sur les habitudes de service¹⁴⁴.

Les deux objectifs de la prise en charge de la douleur en pédiatrie sont les suivants :

1) *« ...obtenir une analgésie rapide... en ramenant si possible l'intensité de la douleur en dessous du seuil de 3/10 sur EVA et/ou de permettre à l'enfant un retour à ses activités de base : bouger, jouer, dormir, parler, manger »* et 2) *« adapter rapidement le traitement en fonction du niveau de douleur résiduelle »*¹⁴⁵.

3.2.5. Le rôle infirmier dans la prise en charge comprenant des protocoles

Un protocole peut être défini comme la *« description des procédures qu'il est convenu d'appliquer dans certaines situations de soins infirmiers. Elle guide l'exécution des prestations et contribue à leur qualité »*¹⁴⁶.

Les protocoles de soins, qui sont des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir, sont un des outils recommandés aux institutions dans le but d'optimiser la prise en charge de la

¹⁴⁰ ASSOCIATION SUISSE POUR LES DROITS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LES SERVICES DE SANTÉ. *Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé et commentaires* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.kindundspital.ch/pdf-doc/charta-f.pdf> (consultée le 30 mars 2010)

¹⁴¹ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 111

¹⁴² Les actions non pharmacologiques comprennent des techniques de relaxation, des massages, des traitements par le chaud et le froid, des techniques de distraction, d'imagerie mentale ou encore l'hypnose. In: BRUNNER, SUDDARTH. Par SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. (Op. cit.), p. 309-310

¹⁴³ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 111

¹⁴⁴ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 151-152

¹⁴⁵ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 61-62

¹⁴⁶ AMIEC RECHERCHE. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. (Op. cit.), p. 222

douleur, car l'intervention infirmière peut être plus rapide, des procédures efficaces sont mises en place et les prescriptions peuvent être personnalisées¹⁴⁷. En effet, l'infirmière « *est habilitée à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (...) il est intégré dans le dossier de soins infirmiers* »¹⁴⁸. Les HUG sont un exemple d'institution qui a mis en place des protocoles ou standards de soins en ce qui concerne la prise en charge de la douleur.

3.2.6. Le rôle infirmier concernant la médication antalgique

Les soins infirmiers « *contribuent à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs* »¹⁴⁹.

Les traitements antalgiques peuvent être prescrits de différentes manières : 1) à intervalles fixes, 2) *en réserve*, 3) selon le mode *Patient Controlled Analgesia* et 4) analgésie par blocs régionaux et locorégionaux. L'administration des deux premiers types de prescriptions dépend des infirmières au contraire des deux derniers¹⁵⁰. Selon les recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), la « *prescription antalgique doit être systématique, à horaires réguliers, en tenant compte de la durée prévisible de la douleur.* » De plus, concernant les prescriptions *en réserve*, il est spécifié qu'« *il faut toujours prévoir une prescription anticipée (« ordonnance évolutive»), si la douleur est insuffisamment soulagée, à l'hôpital comme à la maison, en fixant des seuils précis : si EVA >4, si EDIN >5, si EVENDOL >5, si l'enfant continue à se plaindre ... donner en plus...* »¹⁵¹.

En ce qui concerne les traitements de la douleur et ce pour n'importe quel type de prescription, l'infirmière est tenue d'appliquer les prescriptions médicales et d'encourager

¹⁴⁷ LEGIFRANCE, LE SERVICE PUBLIC DE DIFFUSION DU DROIT. *Circulaire DHOS/E 2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur dans les établissements de santé* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-21/a0212062.htm> (consultée le 31 août 2010)

¹⁴⁸ LEGIFRANCE, LE SERVICE PUBLIC DE DIFFUSION DU DROIT. *Code de la santé publique* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&idSectionT A=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100830> (consultée le 30 août 2010)

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ MATHEY-DORET-BERHOUD, Hélène. *Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires*. (Op. cit.), p. 29

¹⁵¹ AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique*. (Op.cit.), 13 p.

l'observance, d'évaluer l'efficacité du traitement en cours, de dépister les effets indésirables. Elle a également un rôle dans l'éducation et l'information au patient concernant son traitement¹⁵². Pour les prescriptions *en réserve*, l'infirmière a un rôle plus déterminant à jouer, car c'est elle qui détermine le moment de l'administration, choisit l'analgésique (si plus d'une prescription), évalue son efficacité, surveille l'apparition d'éventuels effets secondaires, signale rapidement et adéquatement les changements observés, informe les patients sur l'utilisation des analgésiques¹⁵³.

La société américaine pour la gestion de la douleur¹⁵⁴ et la société américaine de la douleur¹⁵⁵ ont établi un consensus en 2004 spécifiquement sur l'utilisation des opioïdes *en réserve* dans la gestion de la douleur aiguë. Ils recommandent aux infirmières, entre autres, de baser leur décision d'administration sur l'intensité de douleur, ses caractéristiques temporelles et la réaction antérieure aux analgésiques. Elle doit aussi vérifier si le dosage et l'intervalle entre les doses est adéquat, s'assurer de l'absence d'allergie du patient, évaluer l'efficacité de l'analgésique et de sa durée et le documenter¹⁵⁶.

Les spécificités du traitement médicamenteux de la douleur chez l'enfant sont l'adaptation des doses, une participation des parents et l'explication du soin à l'enfant¹⁵⁷.

3.2.7. Influence des politiques de service sur le rôle infirmier

En France, une loi régleme les institutions concernant la prise en charge de la douleur. C'est la loi de Neuwirth, depuis 1995, qui indique que « *les établissements de santé doivent mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent* »¹⁵⁸. En Suisse, et plus particulièrement en Valais, il n'existe pas de loi qui régit spécifiquement les institutions. Nous avons donc contacté l'hôpital du Valais pour plus de précisions concernant leur politique hospitalière de lutte contre la douleur.

¹⁵² AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 66-68

¹⁵³ DE ROND, Marlies E. J. [et al.] A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. (Op. cit.)

¹⁵⁴ Traduction française de « American Society for Pain Management Nursing »

¹⁵⁵ Traduction française de « American Pain Society »

¹⁵⁶ GORDON, Debra B. [et al.]. Nurses' Opinions on Appropriateness of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. (Op. cit.), p. 131-140

¹⁵⁷ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 153

¹⁵⁸ Ibid, p.26

Pour ma part, j'ai rencontré une représentante du département de pédiatrie du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs) qui m'a informée qu'au niveau de son département (comprenant les hospitalisations médico-chirurgicales de pédiatrie, la néonatalogie et les consultations ambulatoires/urgences de pédiatrie), depuis une dizaine d'années, le but de la prise en charge est la « douleur zéro ». En effet, l'ensemble de l'équipe s'investit pour viser d'avoir un minimum de douleur possible au sein de l'unité. Cette politique émerge du service en soi. Leur politique est diffusée aux soignants sous formes de fiches techniques, documents, grilles d'évaluation : tout est à disposition en permanence dans le service. Ces documents internes ne m'ont pas été présentés en détail. Jusqu'à maintenant dans leur unité, il n'existe pas de protocoles ou de document spécifique aux antalgiques prescrits *en réserve*.

Au niveau institutionnel, une politique de prise en charge de la douleur est en construction. A la suite d'un travail important d'une infirmière clinicienne sur la douleur et de l'élaboration d'un « *Guide d'évaluation de la douleur* »¹⁵⁹, premier document officiel spécialement pour les services du département de médecine interne du CHCVs, un groupe de travail « Douleur » s'est créé. Il comprend une infirmière clinicienne par centre de soins de l'hôpital du Valais; celles-ci travaillent dans le but d'élaborer un standard de qualité de prise en charge de la douleur. Un instrument de mesure de la satisfaction est également prévu. Ces documents, encore en construction, sont pour l'instant inaccessibles.

3.3. Concept « La démarche de soins infirmiers »

Nous avons choisi ce dernier concept car il est « *reconnu comme l'un des fondements des soins infirmiers* »¹⁶⁰ et nous servira de trame pour notre grille d'entretiens ainsi que pour l'analyse des données recueillies. Cette démarche est également très connue par les infirmières des services de soins, elle « *existe dans les établissements et les écoles de plusieurs pays* »¹⁶¹ ce qui nous permettra, à moi chercheuse et à elles professionnelles, de nous référer à un vocabulaire commun.

Une prescription médicale *en réserve* demande à l'infirmière, comme tout autre soin, de faire preuve de jugement et raisonnement. Il lui appartient ici de prendre la décision de donner un

¹⁵⁹ VARRIN, Suzanne. *Guide d'évaluation de la douleur*. (Op. cit.), 20 p.

¹⁶⁰ PHANEUF, Margot. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. Paris : Masson, 1998. p. 56

¹⁶¹ Ibid, p. 56

médicament si elle estime que le patient en a besoin. Au niveau de la pratique soignante, la prise de décision peut faire appel au processus d'analyse de situations et de résolution de problème. Celui-ci se base sur les diagnostics infirmiers et s'effectue au moyen de la DSI, elle-même une démarche de résolution de problèmes. Elle se définit comme « *une méthode efficace d'organisation de la pensée dans la prise de décisions cliniques, la résolution de problèmes et la prestation de soins individualisés de qualité* »¹⁶². La DSI fait entièrement appel au rôle propre infirmier, découlant de son jugement et de ses connaissances personnelles¹⁶³. Elle est guidée par une théorie de soins qui détermine l'organisation du recueil des données¹⁶⁴. De nombreux concepts peuvent être utilisés par les soins infirmiers, « *la démarche de soins représente le moyens d'appliquer des concepts dans la pratique* »¹⁶⁵. A l'hôpital du Valais, la DSI s'inspire des théories de soins de Virginia Henderson et de Dorothy Orem. Dans ce travail, nous ne développerons pas l'une ou l'autre des théories de soin car nous pensons que ce qui est pertinent pour notre sujet sont les cinq étapes clés permettant de suivre et de comprendre la réflexion infirmière.

3.3.1. Les cinq étapes de la DSI

La collecte des données, première étape, aussi dite « anamnèse infirmière » correspond à toutes les informations que la soignante recueille sur le patient dans le but d'évaluer la satisfaction de ses besoins et de mettre en œuvre par la suite des interventions adaptées¹⁶⁶. Pour notre étude, l'anamnèse portera sur tous les éléments en rapport avec la douleur, notamment l'évaluation quantitative et qualitative à travers les différents moyens cités précédemment.

Puis, vient la formulation du diagnostic infirmier, auquel l'infirmière aboutit après l'analyse et l'interprétation des données. C'est l'« *énoncé d'un jugement clinique sur les réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à des problèmes de santé présents ou*

¹⁶² DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Fr., BURLEY, Joseph T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris : Maloine, 1995. p.2

¹⁶³ PHANEUF, Margot. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. (Op. cit.), p.63

¹⁶⁴ LE NEURES, Cathy, SIEBERT, Carole. *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers* [en ligne]. Adresse URL : http://books.google.fr/books?id=qkThgZV4uk0C&pg=RA2-PA2&dq=jugement+clinique+soins+infirmiers&hl=fr&ei=q_iJTLDJYUQ4Qabj6TgCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDkQ6AEwAg#v=onepage&q=jugement%20clinique%20soins%20infirmiers&f=false (consultée le 10 septembre 2010)

¹⁶⁵ RUBENFELD, M. Gaie, SCHEFFER, Barbara K. *Raisonnement critique en soins infirmiers, guide d'apprentissage*. Paris : De Boeck Université, 1999. p. 54-55

¹⁶⁶ Ibid, p. 76

potentiels, ou à des processus de vie »¹⁶⁷. Celui-ci sera déterminant des interventions infirmières postérieures¹⁶⁸. Deux diagnostics directement en lien avec la douleur sont répertoriés par l'Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier (ANADI) : « Douleur aiguë » et « Douleur chronique »¹⁶⁹.

La planification des soins est la troisième étape de cette démarche. Sa première partie comprend la formulation d'objectifs de soins¹⁷⁰. Ceux-ci sont personnels à chaque patient ; ils peuvent comprendre en matière de douleur aiguë un soulagement partiel ou total de la douleur, le suivi d'un traitement médicamenteux, la connaissance des méthodes de soulagement de la douleur, l'utilisation de techniques de relaxation et la participation à des activités de loisirs appropriées¹⁷¹. La seconde partie de cette étape consiste à déterminer les interventions à réaliser par l'infirmière ou le patient lui-même afin d'atteindre l'objectif posé¹⁷².

L'exécution du plan de soins réalisé précédemment représente la quatrième étape. Elle vise l'atteinte des objectifs de soins¹⁷³. Diverses interventions peuvent être proposées par les infirmières, découlant tant du rôle propre que médico-délégué ou interdépendant.

La dernière étape consiste à évaluer les résultats, l'atteinte des objectifs et l'efficacité des actions entreprises ; elle permet de proposer des réajustements afin d'offrir en permanence des soins de qualité¹⁷⁴.

¹⁶⁷ DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Fr. *Diagnostics infirmiers. Interventions et bases rationnelles*. 7^{ème} édition. Canada : De Boeck, 2001. p. 9

¹⁶⁸ PHANEUF, Margot. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. (Op. cit.), p. 132

¹⁶⁹ DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Fr. *Diagnostics Infirmiers. Interventions et bases rationnelles*. (Op. cit.), p. 56

¹⁷⁰ PHANEUF, Margot. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. (Op. cit.), p. 186

¹⁷¹ DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Fr. *Diagnostics infirmiers. Interventions et bases rationnelles*. (Op. cit.), p. 364

¹⁷² PHANEUF, Margot. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. (Op. cit.), p. 198

¹⁷³ Ibid, p. 222

¹⁷⁴ Ibid, p. 242

4. Méthode

Dans cette section, je développe les choix réalisés sur le plan méthodologique pour conduire ma recherche.

4.1. Approche de la recherche

Mon étude est de type qualitatif¹⁷⁵ et suit le paradigme naturaliste¹⁷⁶. Ma question spécifique de recherche étudie la démarche de l'infirmière lors d'administration d'antalgiques prescrits *en réserve* ; la réalité étudiée peut donc être différente selon chaque professionnelle (subjectivité) : les valeurs de chacune doivent être respectées, ce qui caractérise ce type de recherche et le paradigme suivi.

Un autre attribut de cette étude se retrouve dans le recueil des données de type qualitatives, sous forme narrative et subjective¹⁷⁷. Celles-ci pourront alors être creusées et étoffées de part ma présence sur le terrain lors la récolte de données.

Le but de l'étude est descriptif. Je cherche à comprendre et décrire la démarche de soins infirmiers lors de l'administration d'un antalgique *en réserve* en pédiatrie et à identifier les différents éléments pris en compte à travers ce processus.

4.2. Limites de l'étude

Ce travail de Bachelor porte sur la démarche de soins infirmiers, le rôle infirmier et la politique de service/institutionnelle en lien avec l'administration d'antalgique *en réserve*. Je me centre sur la douleur aiguë, en raison de l'utilisation des antalgiques *en réserve* pour des douleurs (aiguës) survenant lorsque la douleur de base est insuffisamment soulagée¹⁷⁸. De plus, ce type de douleur est fréquent en milieu hospitalier¹⁷⁹. J'étudierai ce soin infirmier

¹⁷⁵ Une recherche qualitative correspond à l' « analyse d'un phénomène d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte des données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple. » In : LOISELLE, Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Canada : Erpi Editions, 2007. p. 17

¹⁷⁶ Le paradigme naturaliste « postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre (...) est souvent associé à la recherche qualitative ». Ibid, p. 16

¹⁷⁷ Ibid, p. 18

¹⁷⁸ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25cae3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

¹⁷⁹ FLETCHER, Dominique. *Evaluation et principe de traitement d'une douleur aiguë*. In : Sous la direction de BRASSEUR, Louis, BOUHASSIRA, Didier, CHAUVIN, Marcel. *Douleurs aiguës*. (Op. cit.), p. 1

auprès de patients du service de pédiatrie, ce qui touche des enfants de 0 à 16 ans. Valérie étudiera les mêmes thèmes auprès de patients adultes (plus de 16 ans).

Ma collègue et moi n'avons pas voulu émettre plus de limites, notamment sur l'âge des patients, les échelles d'évaluation utilisées, etc. afin d'obtenir une vision globale du processus infirmier et de laisser libre cours à l'expression des participantes sur des situations variées.

4.3. Terrain exploré

Je réaliserai ma récolte des données auprès d'infirmières d'un département de pédiatrie valaisan, comprenant des lits d'hospitalisations médico-chirurgicales, de consultations ambulatoires et de néonatalogie. Ma collègue, elle, étudiera un service valaisan de médecine et chirurgie générale adulte.

Nous avons choisi d'explorer deux populations différentes pour plusieurs motifs. Toutes deux, nous nous posons la question de savoir si les caractéristiques propres aux patients, notamment leur âge, peuvent influencer la gestion de la douleur par les médicaments *en réserve*, notamment en lien avec la responsabilité supplémentaire que peuvent ressentir les infirmières face à un enfant. Nous aimerions également découvrir, si la politique de service en matière de prise en charge de la douleur influe sur la démarche de soins infirmiers lors de l'administration des antalgiques. Lors de nos entretiens exploratoires, nous avons appris qu'en pédiatrie, la politique vise à ce qu'aucune douleur ne soit ressentie par les enfants, alors que dans le service adulte nulle politique n'est instaurée. A partir de ces données, nous avons pensé qu'il serait pertinent d'explorer l'impact de ceci sur la gestion de la douleur au sein de ces deux services. Le fait que les deux traitent des cas de chirurgie et de médecine a également été un des critères de sélection, les types de douleurs et d'antalgiques rencontrés sont ainsi plus susceptibles d'être mis en parallèle.

Nous avons communément formulé une demande pour récolter nos données auprès des professionnelles des services concernés auprès de la directrice des soins de l'hôpital du Valais au mois d'octobre 2010, qui l'a acceptée.

4.4. Echantillonnage

La constitution de mon échantillon est basée sur un choix raisonné de type « boule de neige »¹⁸⁰. C'est une méthode non probabiliste, c'est-à-dire non due au hasard. En effet, j'ai contacté une responsable du service de pédiatrie afin qu'elle me transmette les coordonnées de professionnelles acceptant de participer. Cette méthode d'échantillonnage est très utile en raison de mon manque de connaissance des professionnelles concernées par l'objet d'étude, ainsi qu'en raison du temps à disposition pour réaliser ma recherche. Je suis consciente que des biais peuvent survenir en lien avec les choix réalisés par la personne ressource de départ.

Toute infirmière travaillant dans le service de pédiatrie exploré pouvait être incluse dans mon échantillon. Elle devait toutefois comprendre et parler le français afin qu'il n'y ait pas d'interprétation possible des informations reçues et des données recueillies. Je n'ai émis que ces deux critères d'inclusion généraux et n'ai pas formulé de critères d'exclusion dans le but d'obtenir un échantillon hétérogène. J'aimerais ainsi laisser place aux différents points de vue pouvant se dégager selon les caractéristiques personnelles¹⁸¹ de chaque professionnelle.

J'ai réalisé huit entretiens, tout comme Valérie, conformément au document de cours concernant les entrevues du travail de Bachelor¹⁸². Vous trouverez un tableau récapitulatif des données sociodémographiques des participantes en annexe D.

¹⁸⁰ « Il s'agit de constituer l'échantillon en demandant à quelques informateurs de départ de fournir des noms d'individus pouvant faire partie de l'échantillon ». In : DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 2007. p. 227

¹⁸¹ Par caractéristiques personnelles, je veux parler des données sociodémographiques telles que les années d'expérience, la formation suivie, l'âge, le sexe, etc.

¹⁸² SCHOEPPF, Chris. *Méthodologie. Entretiens et Recherche en soins infirmiers*. HES-SO/Valais Wallis, Sion, module 2808, mars 2010. p. 5

4.5. Méthode de collecte de données

Les résultats de cette recherche seront issus de l'interaction avec les divers participants à l'étude ainsi que de la confrontation des données à mes questions, hypothèses de recherche et au cadre de référence. Afin de récolter les données, j'ai choisi les entretiens semi-structurés¹⁸³. Ils me permettent d'aborder le sujet de l'administration des antalgiques prescrits *en réserve* selon des lignes directrices préalablement définies, tout en laissant une grande liberté dans les réponses.

Les avantages de cet outil sont nombreux: je peux interagir avec les participants en amenant des questions d'ordre général englobant les grands axes de mes questions et hypothèses de recherche, aborder les sujets plus en profondeur et bénéficier d'une certaine souplesse dans la directivité de l'entrevue¹⁸⁴. J'ai également l'opportunité d'adapter mes questions et les relances en cours d'entretien selon les propos des participantes. Les réponses obtenues peuvent être plus spontanées et globales. De plus, il est possible d'apporter des explications en cas d'interrogations des participantes ou d'incompréhension des questions posées, ce qui ne serait possible si j'avais choisi de travailler à l'aide de questionnaires¹⁸⁵. Cette méthode est également peu coûteuse en matériel¹⁸⁶.

Les entretiens semi-structurés comportent aussi quelques limites : les participantes peuvent rapporter des données non conformes à la réalité ; l'enquêteur peut involontairement influencer les réponses des participantes¹⁸⁷. En effet, sa présence, l'intonation de la voix, les questions de relance ou encore le phénomène de désirabilité sociale peuvent induire des biais à la recherche, en obtenant de données ne correspondant pas aux comportements réels. L'enregistrement des entretiens peut de plus induire une réserve à participer et/ou à s'exprimer¹⁸⁸.

¹⁸³ « Entrevue dans laquelle le chercheur s'est muni d'une liste de sujets à aborder plutôt que de questions précises à poser ». In : LOISELLE, Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (Op. cit.), p. 297

¹⁸⁴ SCHOEPPF, Chris. *Méthodologie. Entretiens & Recherches en Soins Infirmiers*. (Op. cit.), p. 2

¹⁸⁵ « Outil utilisé pour recueillir de l'information, rempli par la personne interrogée ; les questions sont autoadministrées et la personne utilise papier et crayon ou un système informatisé ». In : LOISELLE Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (Op. cit.), p. 299

¹⁸⁶ DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. (Op. cit.), p. 335-336

¹⁸⁷ Ibid, p. 334

¹⁸⁸ SCHOEPPF, Chris. *Méthodologie. Entretiens & Recherches en Soins Infirmiers*. (Op. cit.), p. 2

4.6. Construction de l'outil

Ma collègue et moi avons réalisé une grille d'entretien¹⁸⁹ commune comme trame du recueil de données afin de répondre à notre question spécifique de recherche ainsi qu'à nos hypothèses et objectifs. Pour la première hypothèse sur les éléments pris en compte par les infirmières dans leur démarche d'administration des antalgiques prescrit *en réserve*, nous avons pris comme base les cinq étapes de la démarche de soins infirmiers, puis pour chaque étape nous avons formulé une question ouverte et préparé quelques questions de relance si besoin. Nous avons choisi de reprendre ce concept dans la grille d'entretien afin de pouvoir plus facilement mettre en lien les données obtenues et le cadre de référence, ainsi qu'en raison de la connaissance de cette démarche par la majorité des infirmières.

Pour les deux autres hypothèses, nous avons préparé respectivement une et deux questions principales, ainsi que des questions de relance. Pour terminer, nous avons cherché à recueillir des données d'ordre sociodémographique.

4.7. Pré-test de l'outil

L'outil d'investigation a été testé par chacune d'entre nous avant son utilisation auprès d'une infirmière responsable de chaque service étudié. L'infirmière participant au pré-test de ma grille d'entretien ne fait pas partie de l'échantillon à partir duquel je réalise mon analyse, car celui-ci n'a pas été enregistré en respect de la volonté de l'infirmière.

Les deux participantes au pré-test nous ont indiqué que, selon elles, la grille couvrait bien l'ensemble du thème abordé. Elles nous ont néanmoins conseillé d'apporter quelques modifications, notamment sur certains termes pouvant porter à confusion dans la première question. Nous avons apporté les altérations proposées et ainsi utilisé l'outil pour les entretiens suivants.

4.8. Déroulement de l'utilisation de l'outil

A la suite du pré-test, j'ai donné ma lettre d'information¹⁹⁰ à une infirmière responsable du service qui l'a présentée aux participantes potentielles, puis m'a transmis les coordonnées de celles qui acceptaient d'être interrogées. J'ai alors pris contact avec elles afin de prendre rendez-vous et ai déposé un exemplaire de la lettre d'information pour chacune d'entre elles

¹⁸⁹ Vous pouvez la consulter en annexe E.

¹⁹⁰ Vous pouvez la consulter en annexe F.

dans le service. Au début de chaque entretien, j'ai répondu aux questions des participantes (toutes n'avaient pas eu le temps de lire la lettre d'information) et leur ai fait signer le formulaire de consentement¹⁹¹. J'ai réalisé mes huit entretiens dans un laps de temps de 11 jours au courant du mois de décembre 2010, pour des raisons d'organisation avec les participantes. J'ai tenté de réduire au maximum le temps entre le premier et le dernier entretien, afin de diminuer les biais induits par d'éventuels échanges entre collègues au sujet des questions posées ; je ne peux toutefois les exclure compte tenu de la durée sur laquelle se sont déroulés les entretiens.

J'ai intégralement enregistré par magnétophone les propos des participantes, ce qui m'a permis de faire une retranscription scrupuleuse des données recueillies et de les analyser le plus fidèlement possible. Les entrevues ont eu lieu au sein du service, mais toujours dans une pièce annexe, calme et propice au dialogue. A plusieurs reprises, les participantes ont toutefois été contraintes de reporter les rendez-vous en raison de la lourde charge de travail au moment convenu initialement. Ces imprévus ont été une contrainte pour moi, m'obligeant à me déplacer à plusieurs reprises. Toutefois, j'en ai retiré des bénéfices importants : les infirmières m'ont ainsi accordé plus d'attention, avaient plus de temps à disposition et n'ont que très rarement été interrompues par leurs collègues durant l'interview. J'ai veillé à me montrer disponible et à adopter une attitude chaleureuse, afin de mettre les participantes le plus à l'aise possible.

4.9. Principes éthiques et protection des données

J'ai recruté les participants sur le mode de la participation volontaire, sans contraintes ; le droit de disposer de soi-même et à l'autodétermination ont ainsi été respectés. Les professionnelles ont, en tout temps, eu la possibilité de poser des questions, de renoncer ou de se retirer de la recherche.

Une lettre d'information comprenant la nature de l'étude, ses buts, les moyens utilisés et les droits des participantes a été distribuée à chacune. J'ai visé, par cette démarche, à obtenir une participation basée sur le consentement éclairé¹⁹² de professionnelles interrogées. Un formulaire de consentement éclairé confirmant l'acceptation des conditions de l'étude a été signé par chacune avant de procéder aux entretiens.

¹⁹¹ Vous pouvez le consulter en annexe G.

¹⁹² « Principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés sur les risques et avantages éventuels. » In : LOISELLE, Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (Op. cit.) p. 94

Je garantis l'anonymat et la confidentialité des données obtenues. Celles-ci ne seront divulguées ni communiquées à des tiers ; elles seront retranscrites fidèlement pour conserver leur intégrité et ne seront traitées que dans le cadre de mon étude. En aucune façon il ne sera possible d'identifier les personnes qui ont fourni les informations. Les enregistrements des entretiens seront détruits après la soutenance du Travail de Bachelor, en septembre 2011.

Les actions mises en évidence ci-dessus sont conformes aux principes éthiques énoncés par l'ASI dans la brochure intitulée « *Les infirmières et la recherche : principes éthiques* »¹⁹³.

¹⁹³ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*. (Op. cit.), 24 p.

5. Analyse des données

5.1. Type d'analyse de données

La méthode à laquelle je me réfère pour réaliser cette section est l'analyse thématique. Je me suis basée sur la démarche proposée par Pierre Paillé et Alex Mucchielli¹⁹⁴. Ce type d'analyse est « *une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus* »¹⁹⁵.

Pour débiter, j'ai « *procédé à quelques lectures du corpus et mené un travail systématique de synthèse des propos* »¹⁹⁶. Puis, j'ai repéré les thèmes¹⁹⁷ issus du corpus à analyser. Cette thématisation doit être en lien avec ma question spécifique, mes hypothèses et objectifs de recherche: « *trouver le bon thème, c'est donc trouver l'information centrale livrée par l'interviewé en réponse à l'interrogation de l'interviewer* »¹⁹⁸. Chaque thème déterminé est inscrit dans un document annexe nommé « Relevé de thèmes » ; puis sont ressortis les « thèmes saillants »¹⁹⁹. Je me suis alors rendue compte que les thèmes saillants identifiés correspondaient aux catégories de sujets abordés dans ma grille d'entretien. Mon analyse va donc être présentée selon les thèmes suivants: 1) la démarche de soins infirmiers lors d'administration d'un antalgique *en réserve*, 2) le rôle propre infirmier lors de ce soin et 3) la politique de service et/ou institutionnelle en matière de gestion de la douleur. Ceux-ci sont récapitulés dans le tableau de la page suivante et déclinés en plusieurs sous-thèmes à travers desquels sont tout d'abord explicités les résultats obtenus à partir des entretiens, puis une interprétation de ces derniers, associée à un retour aux concepts théoriques.

Durant toute l'analyse, l'« *italique* » identifie des extraits de verbatim issus des entretiens.

¹⁹⁴ PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 2010. 315 p.

¹⁹⁵ Ibid, p. 176

¹⁹⁶ Ibid, p. 161

¹⁹⁷ Un thème est « *une dénomination assez précise en lien avec la teneur d'un extrait de corpus* ». In : Ibid, p. 176

¹⁹⁸ Ibid, p. 182

¹⁹⁹ Un thème saillant est constitué à partir de « *thèmes qui ressortent en tant qu'ensembles* ». In : Ibid, p. 196

5.2. Tableau récapitulatif

Voici le tableau récapitulatif des sujets traités plus en détail dans l'analyse des corpus, au point 5.3. :

<u>Thème 1:</u>	
Démarche de soins infirmiers lors d'administration d'un antalgique <i>en réserve</i>	
Sous-thèmes	Evaluation de la douleur
	Diagnostics infirmiers
	Objectifs de soins
	Administration de l'antalgique <i>en réserve</i> et facteurs pouvant l'influencer
	Evaluation des interventions réalisées
<u>Thème 2:</u>	
Le rôle propre infirmier lors d'administration d'antalgique <i>en réserve</i>	
Sous-thèmes	Perception de l'importance du rôle propre infirmier dans l'administration d'un antalgique <i>en réserve</i>
	Responsabilité infirmière engagée
<u>Thème 3 :</u>	
<u>La politique de service et/ou institutionnelle en matière de gestion de la douleur</u>	
<u>Sous-thèmes</u>	Eléments de la politique de service facilitant ou entravant l'administration d'antalgique <i>en réserve</i>
	Influence possible de l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation

5.3. Analyse des corpus

5.3.1. Thème 1

Démarche de soins infirmiers lors d'administration d'un antalgique *en réserve*

Hypothèse : Les éléments que prennent en compte les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique prescrit *en réserve* sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle

Objectif : Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique prescrit *en réserve* chez un enfant

Evaluation de la douleur

Question: Pouvez-vous me décrire les éléments que vous prenez en compte dans votre évaluation auprès d'un enfant qui a une prescription d'antalgiques *en réserve*?

Les infirmières ont répondu spontanément à cette première question; elles indiquent toutes réaliser une évaluation de la douleur auprès de leurs patients, à des moments et de façons variables.

✓ Type d'évaluation et outils utilisés

L'auto-évaluation est réalisée principalement à l'aide d'échelles de la douleur. Celles qui ont été citées sont l'EN, l'EVA et l'échelle des visages. Je retrouve une certaine homogénéité dans les réponses, ce qui peut démontrer une familiarité de l'équipe avec ces outils. Les infirmières relèvent de façon quasi unanime que les échelles doivent être adaptées à l'enfant : « *ça dépend de l'âge de l'enfant, on va faire en fonction de sa capacité à nous dire comment il a mal* ». Une seule infirmière affirme ne pas utiliser d'outil d'évaluation : « *on a plein d'outils, je ne me serre pas forcément* ». Cette dernière se base plutôt sur sa propre évaluation ou l'expression verbale de l'enfant pour évaluer la douleur.

L'hétéro-évaluation porte particulièrement sur l'observation comportementale de l'enfant, à partir de laquelle sont relevés : « *la mimique, le visage, ce genre de choses ... il va y avoir des grimaces, des postures qui vont faire qu'on va être attentifs à ça (la douleur)* » ou encore

« *ils ne bougent pas, évitent de bouger et puis les pleurs et les positions d'antalgie (...) les cycles de sommeil chez les petits...* ». La majorité des signes observables de douleur abordés dans le cadre de référence sont ressortis lors des entretiens ce qui démontre, selon moi, une bonne imprégnation de l'hétéro-évaluation de la douleur en pédiatrie. Selon les réponses obtenues, il semble que celle-ci découle plutôt de l'observation de l'infirmière que d'outils proprement dit : « *l'infirmière en pédiatrie, c'est beaucoup l'observation de l'enfant* ». Aucune échelle d'hétéro-évaluation de la douleur n'a été citée au cours des huit entretiens.

L'opinion des parents est relevée par une participante comme positive pour l'évaluation de la douleur. De fait, les parents sont les plus à même d'identifier des comportements normaux ou anormaux (pouvant indiquer une douleur) chez leur enfant²⁰⁰.

✓ **Fréquence de l'évaluation**

Dans ce service, l'évaluation de la douleur se réalise à divers moments de la journée. Leur fréquence varie selon l'enfant, sa pathologie: « *un enfant qui vient pour difficultés sociales ou ce genre de choses, on n'a pas de raison d'évaluer la douleur, alors ça va être plus des chutes et de la chirurgie* », mais aussi selon son traitement médicamenteux: « *quand je donne mes antalgies* ». Certaines infirmières indiquent combiner l'évaluation de la douleur aux contrôles des signes vitaux: « *c'est tout au long de la journée, c'est vrai que quand on va vers l'enfant pour faire des contrôles ou pour faire des soins, c'est à ce moment là aussi qu'on est avec l'enfant, qu'on voit comment il se sent, s'il a des douleurs* ».

✓ **Notion d'évaluation de la douleur bien ancrée**

Partant des résultats présentés ci-dessus, je peux affirmer que l'évaluation de la douleur dans ce service de pédiatrie est connue et réalisée par les infirmières selon leur jugement clinique et sans ordre médical : leur rôle propre est mis à contribution. Les infirmières maîtrisent différentes méthodes utilisables pour réaliser leur recueil de données auprès du patient : 1) l'auto-évaluation adaptée à l'âge et à la pathologie de l'enfant, réalisée au moyen d'outils validés et familiers à l'équipe comme recommandé par Gatbois et Annequin²⁰¹ ; 2) l'hétéro-évaluation réalisée par une observation clinique et en prenant en considération l'avis des parents. Les infirmières m'ont cité des éléments évaluant la composante sensori-discriminative: « *je vais lui demander où, depuis quand, comment* », comportementale : « *les signes sur le visage (...) ils évitent de bouger (...) les pleurs et les positions d'antalgie* »,

²⁰⁰ GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. (Op. cit.), p. 20-36

²⁰¹ Ibid, p. 20-36

affective et émotionnelle : « *chez un enfant, l'angoisse joue beaucoup : la peur augmente la douleur, on le sait* ». Je n'ai pas retrouvé de propos concernant la composante cognitive ; celle-ci étant inexploitable chez les nourrissons et difficile à explorer jusqu'à un certain niveau de développement intellectuel, je pense que cela peut expliquer que cette facette soit moins approfondie en pédiatrie.

Les participantes à mon étude semblent être convaincues de la nécessité d'évaluer la douleur : « *c'est un peu rébarbatif (...) mais je pense que c'est important* », de même que l'a relevé Gordon [et al.] dans son étude sur l'administration d'opioïdes *en réserve*²⁰².

J'aimerais de plus relever quelques points spécifiques identifiés à partir des entretiens :

✓ **Pratiques non systématiques**

D'une part, je n'ai pas retrouvé de systématique dans la manière ni dans la fréquence d'évaluation de la douleur. Les infirmières mettent fortement en avant « l'adaptation » dont elles doivent faire preuve en pédiatrie. Néanmoins, la plupart des recommandations identifiées dans ce travail indiquent qu'il faudrait réaliser une évaluation régulière et systématique de la douleur. De cette manière, la prévalence des douleurs non détectées²⁰³ et des épisodes de douleurs non traités²⁰⁴ efficacement diminueraient. Je pense, que l'adaptation mise en avant par les participantes est indispensable et fait partie intégrante d'une pratique réflexive. Cependant, elle devrait s'associer à un dépistage systématique assurant la détection de toutes les douleurs. J'ai exposé précédemment la tendance actuelle à intégrer systématiquement l'évaluation de la douleur avec le contrôle des quatre autres signes vitaux. Je constate que dans le service étudié, il y a une émergence de cette idée avec certaines soignantes qui en témoignent; néanmoins actuellement, cette pratique ne fait pas l'objet d'une décision et/ou d'un protocole de service tant pour l'auto que l'hétéro-évaluation.

✓ **Prédominance de l'hétéro-évaluation**

D'autre part, je ne peux affirmer que l'auto-évaluation soit favorisée à chaque fois qu'elle est réalisable. A quelques reprises, les infirmières ont parlé de la façon dont elles prennent en compte l'auto-évaluation de l'enfant : « *si l'infirmière est convaincue qu'il a mal, je pense*

²⁰² GORDON, Debra B. [et al.]. Nurses' Opinions on Appropriate of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. (Op. cit.), p. 131-140

²⁰³ VARRIN, Suzanne. *Guide d'évaluation de la douleur*. (Op. cit.), p. 6

²⁰⁴ SHRESTHA-RANJIT, Jaga Maya, MANIAS, Elizabeth. Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, vol. 19, p. 118-128

qu'elle va lui donner facilement. Si l'infirmière dit : il vient, il a pas grand-chose, elle aura peut-être tendance à dire il a pas mal » ou encore « quelqu'un qui dit qu'il a super mal avec le gros sourire derrière les oreilles, on va négocier une poche à glace ou autre chose ». Il est certain que de nombreux facteurs sont à prendre en considération en pédiatrie pour déterminer la fiabilité d'une auto-évaluation de l'enfant: sa compréhension de l'outil utilisé, la peur, etc., cependant il ne faut pas oublier que *« ni les professionnels de la santé ni l'entourage proche ne peuvent savoir ce que ressent l'enfant [...] l'enfant est le mieux placé pour dire où il a mal, comment il a mal, avec quelle intensité »*²⁰⁵. Il est démontré qu'une évaluation par observation subjective sous-estime souvent la douleur du patient²⁰⁶. Le défi est de trouver le juste milieu !

Je peux donc constater une prépondérance de l'hétéro-évaluation dans les réponses obtenues. Ceci peut être en lien avec le service en lui-même ; rappelons que ce dernier accueille des patients de la naissance à l'âge de 16 ans et que l'auto-évaluation n'est réalisable, selon les enfants, que dès 4 à 6 ans²⁰⁷. Le nombre de patient dans l'incapacité de s'exprimer verbalement au sujet de leur douleur représente alors un pourcentage important, expliquant la nécessité d'une bonne maîtrise de l'hétéro-évaluation. Par ailleurs, il existe les difficultés mentionnées ci-dessus à obtenir une auto-évaluation fiable, ce qui amène les infirmières à devoir combiner les deux types d'évaluations.

Aucune échelle d'hétéro-évaluation n'a été citée par les participantes, malgré l'accessibilité à un certain nombre d'entre elles dans le service²⁰⁸. Quelques infirmières mentionnent avoir connaissance de certaines de ces échelles, sans toutefois les utiliser de façon régulière (score bernois de la douleur par ex.). Bénédicte Lombart, cadre infirmier dans une unité française de lutte contre la douleur pédiatrique, a mis en évidence plusieurs facteurs pouvant expliquer les difficultés ressenties dans l'utilisation d'échelles d'hétéro-évaluation: ces échelles demandent du temps à remplir et ne sont pas toujours faciles à compléter, la cotation n'est pas systématiquement prise en compte par les prescripteurs²⁰⁹. Le facteur chronophage et rébarbatif de ces échelles est ressorti également dans mes entretiens :

²⁰⁵ PEDIADOL. *Les bases de l'évaluation de la douleur* [en ligne]. Mise à jour le 4 septembre 2009. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/les-bases-de-levaluation.html> (consultée le 21 avril 2011)

²⁰⁶ SHAVIT, I. [et al.]. Observational pain assessment versus self-report in paediatric triage. *Emergency Medicine Journal*, 2008, vol. 25, n° 9, p. 552-555

²⁰⁷ GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. (Op. cit.), p. 21

²⁰⁸ Les échelles qui m'ont été présentées par l'infirmière que j'ai rencontrée lors d'un entretien exploratoire sont: l'échelle Douleur de l'enfant Gustave-Roussy, l'échelle de douleur prolongée et inconfort du nouveau-né (EDIN), le score bernois de la douleur et le schéma du bonhomme.

²⁰⁹ LOMBART, Bénédicte. *Faut-il s'arrêter d'évaluer ? Regards sur la formation à l'évaluation de la douleur en pédiatrie*. In : Sous la direction de COHEN-SALMON, Didier. *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*. (Op. cit.), p. 92-93

« Tout lire, on n'a pas l'habitude, alors il faut lire : est-ce qu'il a le visage crispé ... ça prend du temps, ça demande de l'énergie de nouveau à l'infirmière plutôt que de dire : il a un peu mal [...] si on remplit les premiers jours ça va, mais si c'est un enfant qui est chronique, le faire tout le temps, chaque 3-4 heures c'est un peu rébarbatif ». Les infirmières peuvent alors se sentir dépassées par ces échelles et renoncer à les utiliser. Le fait que les échelles d'hétéro-évaluation se trouvent sur des feuilles à part du dossier informatique est aussi indiqué comme une entrave à leur utilisation : « il faut prendre une autre feuille, ce n'est pas très pratique ». Enfin, le peu d'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur pourrait également se rapporter au nombre d'échelles différentes nécessaires en pédiatrie (adaptées aux différents âges et pathologies rencontrées)²¹⁰. Néanmoins, des avantages indéniables ont été mis en évidence lors d'une utilisation régulière: elles permettent une trace écrite de l'évaluation, améliorent les transmissions et « *transforment les observations cliniques des soignants* », qui intégreront les items des grilles dans leurs observations cliniques les fois suivantes²¹¹.

Diagnostics infirmiers

Question : Si vous travaillez avec la méthode des diagnostics infirmiers, lesquels proposez-vous dans votre prise en soins des patients souffrant de douleurs ?

✓ **Diagnosics infirmiers très peu utilisés**

Dans ce service de pédiatrie, les diagnostics infirmiers sont peu intégrés dans la démarche de soins infirmiers à l'heure actuelle, en revanche ceci est en projet. Seule une infirmière venant de finir sa formation indique travailler avec le diagnostic « Douleur » lors de la prise en charge de ses patients. D'autres infirmières mentionnent utiliser la méthode « *observation, action, évaluation* » pour l'identification du problème et leurs transmissions, sans formuler de cible ou de problème initialement.

Cette étape de la démarche de soins infirmiers n'est donc pas réalisée de façon formelle et écrite. Je pense que, dans ces situations précises, cela n'influence pas la décision d'administrer un antalgique prescrit *en réserve*, puisqu'il ne peut être formulé qu'après avoir identifié le problème. Le diagnostic infirmier n'est pas ressorti au travers des entretiens

²¹⁰ PEDIADOL. *Les bases de l'évaluation de la douleur* [en ligne]. Mise à jour le 4 septembre 2009. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/les-bases-de-levaluation.html> (consultée le 21 avril 2011)

²¹¹ LOMBART, Bénédicte. *Faut-il s'arrêter d'évaluer ? Regards sur la formation à l'évaluation de la douleur en pédiatrie*. p. 95 In : Sous la direction de COHEN-SALMON, Didier. *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*. (Op.cit.), p. 95

comme un élément déterminant de l'administration d'un antalgique *en réserve* par l'infirmière²¹².

Objectifs de soins

Question : Quels est votre objectif de soins pour un patient qui souffre de douleurs aiguës ?

✓ Objectifs de soulagement clairs et bien définis

L'objectif des interventions infirmières en matière de gestion de la douleur est assez uniforme, il vise à ce « *que l'enfant n'en ait plus (de douleurs) ou le moins possible* ». Ces objectifs peuvent être corrélés aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui spécifie, de plus, que l'intensité de la douleur doit « *être en dessous du seuil de 3/10 sur l'EVA et/ou permettre à l'enfant un retour à ses activités de base* »²¹³. Un deuxième objectif est ajouté: « *adapter rapidement le traitement en fonction du niveau résiduel de douleur* »²¹⁴.

La notion de prévention de la douleur a également été relevée par une des infirmières : « *quand on sait qu'on va lever un patient, qu'on va faire une toilette, on va commencer le matin par lui servir le petit déjeuner et lui donner les anti-inflammatoires et bien attendre sa demi-heure de déjeuner voir une heure pour commencer les soins* ». Je pense que prévenir la douleur d'un soin est un objectif très important que l'infirmière doit promouvoir, car celle-ci sera déterminante du bon déroulement du soin et du vécu de l'enfant.

Administration de l'antalgique *en réserve* et facteurs pouvant l'influencer

Questions : A quel moment décidez-vous de donner un antalgique prescrit *en réserve* à un de vos patients ? Quels sont les éléments qui peuvent selon vous faciliter ou entraver votre intervention en lien avec les antalgiques prescrits *en réserve* ?

J'ai pu classifier l'ensemble des éléments cités par les participantes en trois catégories:

A. Facteurs liés à l'infirmière

L'évaluation de la douleur est le facteur le plus relevé par les infirmières comme décisif de l'administration d'un antalgique prescrit *en réserve*. C'est en effet en constatant la douleur de l'enfant au moyen d'une auto et/ou d'une hétéro-évaluation que l'infirmière décidera le plus

²¹² Pour plus de détails concernant les autres facteurs qui l'influence, référez-vous au sous-thème « Administration des antalgiques *en réserve* et facteurs pouvant l'influencer »

²¹³ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant*. (Op. cit.), p. 62

²¹⁴ Ibid, p. 62

souvent de donner un antalgique: « *quand en fonction de l'évaluation on se rend compte que l'enfant a mal, alors s'il y a un médicament en réserve prescrit, on va forcément lui donner* ». Les participantes ont insisté durant les entretiens sur le fait qu'elles n'hésitent pas à donner les antalgiques *en réserve* à un enfant douloureux « *ils sont là les médicaments en réserve, donc je pense que si on évalue, si on voit que l'enfant n'est pas bien, moi je me pose pas trente-six mille questions* ». Partant de ces propos, je peux déduire que les infirmières n'ont pas de réticences pour l'administration des antalgiques *en réserve*; toutefois, l'évaluation n'étant pas systématique, il n'est pas possible de garantir que tous les patients douloureux soient traités. L'expérience de l'infirmière est citée comme un point positif, ainsi que les connaissances des médicaments prescrits.

Il semble, de plus, que certains éléments pourraient retarder l'administration d'un antalgique: « *si on a l'impression qu'il se plaint pour des petites choses, c'est vrai que je pourrai attendre un peu plus longtemps avant de donner* » ou encore « *il y a vraiment des cas plus rares où ils me disent qu'ils ont mal et je les vois courir autour du service. Là je me dis : peut-être qu'un peu de calme au lit devrait suffire, une antalgie en réserve il y a pas besoin* ». Les infirmières justifient ce point de vue par le fait qu'un antalgique reste un médicament et ne doit pas se donner sans indication. Ceci démontre à nouveau la place importante accordée à l'hétéro-évaluation de la douleur par les soignants et le défi que représente la crédibilité de l'auto-évaluation de l'enfant. Cette problématique a déjà été étudiée à plusieurs reprises, notamment par Van Hulle et Gaddy très récemment. Ces auteures ont relevé que les infirmières vont plus facilement se fier aux signes comportementaux et/ou physiologiques qu'à l'auto-évaluation de l'enfant en cas de « contradiction » entre eux²¹⁵.

Les liens spécifiques entre la démarche d'évaluation et le cadre de référence ont été abordés en détail dans le premier sous-thème : Evaluation de la douleur.

B. Facteurs liés au médicament et/ou au soin

Après avoir évalué la douleur, l'élément le plus déterminant pour les infirmières est la dose antalgique précédemment administrée : « *je vais voir à quelle heure t'as reçu ton antidouleur. Si je suis dans la tranche, moi je n'hésite pas, je donne tout de suite, je ne vais pas attendre* ». Pour les participantes, la « tranche horaire » sous-entend le temps d'intervalle minimal nécessaire entre deux prises d'un même antalgique. Sur le moment, je

²¹⁵ VAN HULLE VINCENT, Catherine, GADDY, Erica J. Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. (Op. cit.), p. 530-539

n'ai pas recherché d'exemple plus spécifique à un antalgique ou l'autre, toutefois c'est un aspect qui aurait pu être très intéressant à explorer.

Le palier antalgique sera également important dans le choix du médicament: *« je vais préférer le Dafalgan en première intention. Je sais que souvent il est un petit peu moins puissant, mais comme il a moins d'effets secondaires sur le système digestif »*, une autre indique *« alors moi je commence quand même par celui qui est moins... si c'est du Dafalgan et de la morphine, je vais quand même par le premier palier »*. Les infirmières indiquent débiter par le premier palier, sans énoncer d'adaptation en lien avec le score de douleur obtenu, comme proposé dans la classification de l'OMS²¹⁶. Si l'antalgique de premier palier n'est pas efficace, elles passeront au palier supérieur: *« d'ici 1 heure, s'il n'a pas réagit je vais vite passer au deuxième palier »*.

Contradictoirement et étonnamment, deux infirmières m'ont indiqué que si elles devaient choisir entre un antalgique du premier et du troisième palier, elles donneraient plus facilement celui du troisième palier: *« du moment qu'ils ont de la morphine c'est qu'il y a quelque chose de plus derrière et puis ils sont plus algiques, donc je donnerai plus facilement s'ils me demandent la morphine ... qu'un Dafalgan »*.

L'utilisation d'antalgiques prescrits *en réserve* dans le but de prévenir la douleur induite par les soins est également ressortie comme facteur important : *« quand on sait qu'on va faire une intervention douloureuse, on essaie quand même de donner une demi-heure avant ou même trois quarts d'heure »* ou *« si on va commencer des soins ou mobiliser ou on sait qu'on va faire quelque chose avec lui qui risque de lui faire mal »*. Ces propos démontrent une excellente anticipation des soins douloureux par les soignantes, partie intégrante du rôle infirmier.

C. Facteurs liés à l'enfant / aux parents

La notion de compliance ressort fortement de l'ensemble des entretiens. Elle se rapporte tout d'abord à l'enfant: si l'enfant est ouvert et accepte le médicament, la prise en sera largement facilitée. Malheureusement ce n'est pas toujours le cas, d'autant plus en pédiatrie: *« alors on sait que chaque fois qu'on va donner le médicament, l'enfant va se battre pendant dix minutes parce qu'il va nous cracher dessus ou quelque chose comme ça... donc ça c'est vraiment le refus de l'enfant »*. Ces comportements peuvent de façon compréhensible entraver l'administration de l'antalgique et demandent à l'infirmière une adaptation dans la

²¹⁶ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p. 130

mesure de ses possibilités: « *on essaie, si ce n'est pas le suppositoire et bien on va essayer le sirop* ». Puis, un défaut de compliance peut également provenir des parents, reliée à des sentiments de peur : « *on a des parents parfois qui vont être contre certaines médications et donc ne vont pas vouloir que l'on donne trop souvent du paracétamol ou ce genre de choses* ». Les parents étant pris comme de véritables partenaires de soins en pédiatrie, il est difficile d'aller contre leur volonté pour ce qui touche leur enfant.

Pour certaines infirmières, la pathologie ou de façon plus générale l'étiologie de la douleur ressort aussi comme point influant sur l'administration de l'antalgie *en réserve* : « *s'il a eu une opération qu'il y a vraiment une raison physique, je vais plus facilement lui donner plus vite* ». Les pathologies identifiées comme les plus douloureuses sont toutes celles qui relèvent du domaine de la chirurgie (chutes, amygdalectomies, ...).

✓ **Pour résumer: de nombreux éléments influencent le choix des infirmières**

Les éléments pouvant influencer la prise de décision d'administrer ou non les antalgiques *en réserve* sont nombreux et propres à chaque professionnelle. Trois d'entre eux sont le plus souvent cités: l'évaluation de la douleur, les doses antalgiques précédentes et la compliance. De nombreux autres facteurs sont rapportés par les professionnels, sans représenter l'unanimité. Le fait que les infirmières n'aient, éventuellement, pas cité la totalité des critères auxquels elles portent attention peut s'expliquer par les conditions de l'entretien: enregistrement, personne inconnue, etc. mais aussi se rapporter aux dernières situations de soins auxquelles elles ont été confrontées avant l'interview.

Les facteurs relevés peuvent être corrélés à d'autres recherches réalisées à plus grande échelle et ceci dans des contextes différents, comme celles de Gimber-Berglund²¹⁷, ainsi qu'avec les recommandations de la société américaine pour la gestion de la douleur et la société américaine de la douleur²¹⁸.

Si je mets en relation les réponses obtenues et les données sociodémographiques, je peux m'apercevoir que les infirmières ayant décrit le plus grand nombre de facteurs influençant leur prise de décision appartiennent à la classe des professionnelles les plus expérimentées, pour trois sur quatre d'entre elles. La quatrième infirmière qui a cité le plus de critères est diplômée depuis 2006, alors que les 3 autres le sont depuis plus de 21 ans. Je peux, en

²¹⁷ GIMBER-BERGLUND, Ingalill, LJUSEGREN, Gunilla, ENSKÄR, Karin. Factors influencing pain management in children. (Op. cit.), p. 21-25

²¹⁸ GORDON, Debra B. [et al.]. Nurses' Opinions on Appropriate of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. (Op. cit.), p. 131-140

outre, constater que ces quatre infirmières ont toutes une formation spécifique à la pédiatrie, alors que les autres professionnelles de l'échantillon sont formées en soins généraux (dont seule une est spécialisée en puériculture). Deux des infirmières les plus expérimentées ont par ailleurs suivi une formation spécifique sur la douleur: « Le PAS »²¹⁹, l'infirmière la plus jeune a elle suivi le CAS de soins à l'enfant en milieu hospitalier²²⁰.

Evaluation des interventions réalisées

Question: Comment procédez-vous à l'évaluation des interventions que vous réalisez ?

✓ Une réévaluation réalisée selon les mêmes principes de l'évaluation initiale

Toutes les infirmières réalisent une évaluation de leurs interventions, plus précisément l'évaluation de l'efficacité de l'antalgique *en réserve* administré. L'auto-évaluation de l'enfant à l'aide des échelles « *on évalue si le médicament a fait effet et s'il se sent mieux, on va de nouveau avec la réglette savoir si la douleur a diminué* » ainsi que l'hétéro-évaluation par les signes cliniques et les comportements « *voir cliniquement comment il va* » ressortent aussi fortement l'une que l'autre dans cette étape.

Le moment de la réévaluation est déterminé par le temps d'action du principe actif et de la voie d'administration: « *la morphine on peut réévaluer dans les 5-10 minutes qui suivent, le paracétamol ça ne sert à rien de réévaluer avant la première demi-heure* ». Je n'ai pas exploré plus spécifiquement les délais après lesquels les infirmières réévaluent exactement en fonction du médicament administré. Toutefois, je pense qu'il aurait été pertinent de le faire pendant l'entretien pour obtenir plus de précisions concernant cette étape importante de la démarche de soins.

Une seule infirmière m'a dit réaliser sa réévaluation en fonction du temps à sa disposition, selon sa charge de travail: « *je sais que je vais dans les chambres toutes les 3-4 heures donc là je le réévaluerai en tous cas toutes les 3 à 4 heures, ça je le sais* » ; sa stratégie pour connaître l'évolution de la douleur à plus court terme consiste alors à demander à l'enfant et/ou à ses parents de la rappeler si la douleur ne s'est pas atténuée.

Je peux relever à travers les réponses à cette question que, pour la majorité des infirmières, la réévaluation se fait selon les mêmes critères que l'évaluation initiale, permettant de donner suite aux actions mises en place précédemment. La soignante peut être amenée à

²¹⁹ La formation « Le PAS » correspond à l'enseignement de méthodes de Préparation A un Soin douloureux.

²²⁰ L'abréviation CAS signifie: Certificate of advanced studies. C'est un type de formation post-grade proposée par la HES-SO. Pour en savoir plus concernant ce CAS, vous pouvez vous référer à: HECVSanté. CAS en soins à l'enfant en milieu hospitalier [en ligne]. Adresse URL: <http://postgrade.hecvssante.ch/formations/CAS/SoinsEnfant.aspx> (consultée le 04 mai 2011)

administrer un autre antalgique *en réserve* « *je réévalue, Dafalgan, si vraiment l'enfant est très algique, encore à ce moment là, que j'ai l'impression que ça a augmenté : je vais donner l'Algifor, je n'attends même pas l'effet du Dafalgan* » ou à proposer d'autres mesures, non médicamenteuses par exemple: « *est-ce que tu veux regarder la télé, tu veux que je t'amène un livre* » pour obtenir le meilleur soulagement possible de la douleur.

5.3.2. Thème 2

Le rôle propre infirmier lors d'administration d'antalgique *en réserve*

Hypothèse : Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit *en réserve* par rapport à un antalgique à intervalles fixes

Objectif : Identifier la perception des infirmières sur l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique *en réserve* par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes

Perception de l'importance du rôle propre infirmier dans l'administration d'un antalgique *en réserve*

Question : Comment percevez-vous votre rôle concernant l'administration d'un antalgique prescrit *en réserve* par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes ?

Pour cette première question concernant le rôle infirmier, j'ai trouvé les infirmières très hésitantes. De fait, deux m'ont clairement exprimé leur incompréhension de la question au départ, alors que certaines autres n'ont pas été spécifiques au sujet abordé. De plus, elles n'ont pas fait appel aux différents rôles définis par Bizier²²¹, mais plutôt identifié des interventions qui s'y rapportent.

²²¹ BIZIER, Nicole. *De la pensée au geste*. (Op. cit.), 131 p.

✓ Plus d'autonomie ressentie pour la plupart des infirmières

Il est démontré que les infirmières ont plus d'autonomie dans l'administration d'un antalgique *en réserve*, en terme de quantité et de fréquence d'administration²²². Dans mon étude, hormis deux entretiens pour lesquels les données à ce sujet étaient inexploitable, je peux également affirmer que pour la majorité des participantes, l'administration d'antalgique *en réserve* fait appel à plus d'autonomie. Celle-ci se rapporte à leur évaluation initiale de la douleur : « *de toute façon il y aura quand même une certaine autonomie [...] par rapport aux valeurs qu'on a pu prendre sur l'enfant* » ou encore « *c'est plutôt nous qui gérons les médicaments en réserve, c'est nous qui décidons de donner ou pas à l'enfant, si on sent qu'il en a besoin, voilà c'est notre rôle à nous* ». L'évaluation de la nécessité de faire modifier l'ordre médical: passer un antalgique prescrit à intervalles fixes à une prescription *en réserve* ou inversement, est aussi nommée comme une action faisant partie du rôle infirmier : « *c'est notre rôle propre d'évaluer, c'est nous qui sommes en contact avec le patient donc c'est vraiment à nous de regarder s'il y a besoin ou non, s'il faut mettre en réserve* ». En effet, les infirmières peuvent influencer les prescriptions en informant les médecins sur la douleur du patient et ses besoins en antalgiques²²³.

Une infirmière indique qu'utiliser les antalgiques prescrits *en réserve* pour prévenir l'inconfort lié à un soin douloureux relève également de sa compétence : « *à chaque fois qu'on va faire un geste, on va se poser la question s'il va le supporter, s'il est dans un état de douleur ou d'antalgie qui permet de faire le soin* ». Dans ce cas, si l'infirmière évalue que l'enfant aurait besoin d'un antalgique, elle pourra se référer au dossier de soins (prescriptions *en réserve*) ou aux fiches techniques du service comprenant les protocoles validés préalablement par l'équipe médico-infirmière (utilisation du Glucose 30% par exemple).

Contrairement à leurs collègues, certaines professionnelles ont affirmé que le rôle infirmier pour l'administration d'antalgiques *en réserve* ou à intervalles fixes est semblable. Pour argumenter leur position, elles se réfèrent à la place qu'occupe l'infirmière pour l'ajustement de l'ordre médical « *en réserve* » ou « *à intervalles fixes* ».

Selon moi, l'incompréhension de la question pour certaines participantes peut être en lien, d'une part, avec sa formulation. Nous aurions pu plus simplement demander: « Quel est votre rôle lors de l'administration d'un antalgique *en réserve*? ». D'autre part, les actions qui

²²² CONLON, Joy A., O'MATHUNA, Donal P., O'HARE, Brendan. As required versus fixed schedule analgesic administration schedules for treating postoperative pain in children and adults. (Op. cit.), p. 2

²²³ DE ROND, Marlies E. J. [et al.]. A Pain Monitoring Program for nurses : effect on the administration of analgesics. (Op. cit.), p. 35

en découlent peuvent devenir une routine et donc être moins conscientes. Par exemple, aucune ne m'a parlé de la surveillance des effets indésirables liés au médicament administré, toutefois cela fait partie du rôle infirmier lors d'administration d'un antalgique (*en réserve* ou à intervalles fixes)²²⁴.

Les propos des infirmières concernant le rôle infirmier en matière d'administration d'antalgiques prescrits *en réserve* sont en accord avec ceux émis par De Rond [et al.] : c'est effectivement à l'infirmière de déterminer le moment d'administration, de choisir l'antalgique, d'évaluer son efficacité et les changements observés, en plus de surveiller les éventuels effets indésirables²²⁵.

Je n'ai retrouvé aucun lien significatif entre les propos des participantes et leurs caractéristiques sociodémographiques.

Responsabilité infirmière engagée

Question : Qu'en est-il de la responsabilité infirmière ?

La responsabilité infirmière est intimement liée au rôle exercé lors de ce soin, puisqu'elle se définit comme une « *obligation faite à l'infirmière de répondre de ses actes* »²²⁶. Étonnamment, le point important de la surveillance des effets indésirables qui n'était pas ressorti alors que l'on abordait le sujet du rôle infirmier, est cette fois-ci prépondérant. De plus, les participantes indiquent que la prévention d'un surdosage relève de leur responsabilité: « *on doit quand même évaluer si ça lui ferait pas trop de dose* » ou encore « *l'autre responsabilité aussi c'est la surveillance des dosages* ». Cette surveillance doit être basée, selon elles, sur des connaissances pharmacologiques bien développées.

Des points comme le confort de l'enfant, l'information au patient pour qu'il signale sa douleur rapidement, ainsi que les transmissions à l'équipe médicale ont été repris par les participantes, tout comme dans le sous-thème concernant le rôle infirmier, pour décrire la responsabilité endossée lors de ce soin.

²²⁴ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 66-68

²²⁵ DE ROND, Marlies E. J. [et al.] A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. (Op. cit.), p. 25-38

²²⁶ AMIEC RECHERCHE. *Dictionnaire des SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière*. (Op. cit.), p. 239

Inversement, je dois relever que deux infirmières ont cité ne pas ressentir de responsabilité supplémentaire par rapport aux antalgiques prescrits *en réserve*, elles l'expriment ainsi : « *c'est déjà prescrit par les médecins, donc c'est des médicaments qu'ils peuvent recevoir, qu'ils ont mis, ils ont pas d'allergie, ou pas de risque majeur* » et « *on est quand même toujours couvert, de toute manière on doit avoir l'ordre pour administrer et valider quelque chose, donc on est couvert au niveau médical* ». Ceci démontre une prédominance du rôle médico-délégué pour ces infirmières lors de ce soin.

Malgré le fait que la plupart des infirmières ressente une plus grande autonomie dans ce soin, elles n'ont pas mentionné d'influence de la responsabilité endossée sur leurs actions, ni plus spécifiquement sur l'administration d'un antalgique *en réserve*. Notons ceci peut se passer de façon inconsciente.

5.3.3. Thème 3

La politique de service et/ou institutionnelle en matière de gestion de la douleur

Hypothèse : La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique *en réserve*

Objectif : Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique *en réserve*

Eléments de la politique de service facilitant ou entravant l'administration d'antalgique *en réserve*

Questions : Quels éléments de la politique de service peuvent-ils avoir un impact sur vos interventions ? Spécifiquement en lien avec les antalgiques *en réserve* ?

Les infirmières se sont montrées à l'aise dans leurs réponses à cette question. J'ai pu ressortir de nombreux éléments de leurs propos, que j'ai classés en deux catégories :

a. Eléments généraux

Le facteur le plus fréquemment cité se rapporte à l'équipe médicale. De effet, la sensibilité des médecins à la prise en charge de la douleur et leur ouverture à la discussion sont relevées à plusieurs reprises: « *nos médecins chefs sont assez pour soulager la douleur, pour ne pas que les enfants aient mal et puis prescrire ce qu'il faut* ». L'adhésion médicale à la prise en charge de la douleur est effectivement primordiale, notamment pour les traitements médicamenteux qui nécessitent obligatoirement un ordre médical. Une des infirmières relève toutefois que la limite des connaissances médicales peut devenir source de difficultés, notamment lorsque de jeunes professionnels arrivent dans le service.

Certains protocoles et/ou habitudes de service, par exemple concernant l'antalgie post-amygdalectomie, sont cités comme des éléments facilitateurs de la prise en charge de la douleur, permettant des pratiques communes et une argumentation de la prise en charge des professionnels les plus expérimentés auprès des collaborateurs débutants.

Les formations proposées par le service, internes ou externes, ont été nommées comme des expériences enrichissantes : « *J'ai suivi une formation : « Le Pas », avec Jean-Claude Demers, d'aide et d'accompagnement aux soins douloureux où on apprend à se présenter à l'enfant et à présenter un soin* » ou encore « *ils nous permettent d'avoir plein de formations, que ce soit des petites formations sur Aigle ou Paris, le symposium de la douleur qui se fait toutes les années, ils nous poussent à aller là-bas pour voir tout ce qui se fait de nouveau* ».

b. Eléments spécifiques à la douleur induite par les soins

Dans les réponses à ma question sur la politique du service de lutte contre la douleur, de nombreux éléments se rapportant à la prévention de la douleur induite par les soins ont été rapportés. Malgré le fait que ce domaine ne concerne pas spécifiquement mon sujet d'étude, je désire les mentionner de part la place importante qu'ils prennent dans la politique du service.

Les infirmières ont relevé que l'opportunité d'avoir à disposition un grand nombre d'outils et de matériel pour gérer au mieux la douleur induite est un bénéfice incontestable. La méthode la plus souvent citée fut sans aucun doute le MEOPA. De fait, c'est le moyen de prévention de « *référence pour les actes et les soins douloureux chez l'enfant* »²²⁷. De nombreux autres

²²⁷ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25caead3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

moyens tels que l'Emla®, le Glucose 30%, l'utilisation de butterfly ou l'abolition de sparadrap sur la peau ont été mentionnés.

Tous les facteurs cités ci-dessus semblent être très bien introduits au sein du service et intégrés à la pratique quotidienne. Certaines infirmières mentionnent que la plupart de ces méthodes font l'objet d' : « *ordres de service qui sont assez bien ancrés* » ou encore que « *le MEOPA pour les soins, on sait que, bêtement faire une prise de sang, poser une voie veineuse, poser de l'Emla, ça c'est des habitudes de service* ». Je me pose la question de savoir si ces protocoles facilitent l'utilisation de ces méthodes ou si elles seraient appliquées de la même façon sans protocoles ?

✓ **Importante implication de toute l'équipe pour la prise en charge de la douleur**

J'ai pu constater qu'il existe une importante implication dans le service pour une gestion optimale de la douleur. Tous ont un objectif de soin clair: « Douleur 0 » et mettent en place divers moyens pour l'atteindre. Il n'existe pas de référent douleur proprement nommé dans le service, mais une personne occupe un poste d'infirmière responsable de formation, qui représente une ressource pour l'ensemble de l'équipe. Elle travaille sur divers domaines, dont la lutte contre la douleur. Ces éléments peuvent être mis en relation avec les recommandations réalisées par un comité d'experts français en 2008 concernant l'organisation institutionnelle en matière de prise en charge de la douleur²²⁸.

Concernant la formation des soignants, il est clair qu'elle représente un avantage indéniable dans la prise en charge de la douleur. Spécifiquement concernant l'administration d'antalgiques, De Rond [et al.] ont mené une étude quasi-expérimentale à travers laquelle ils ont testé l'effet de l'instauration d'un programme de formation sur le thème de la douleur (évaluation et gestion) sur l'administration d'antalgiques par les infirmières. Ils ont pu démontrer qu'après la formation, les infirmières administrent plus d'antalgiques non opioïdes et opioïdes faibles qu'auparavant²²⁹.

✓ **Moyens de prévention de la douleur induite dominants**

La prédominance des réponses concernant les douleurs induites m'a surprise. Je pense qu'elle peut s'expliquer par le fait que ces actions sont bien intégrées dans la pratique quotidienne. De plus, il est clair que la prévention de la douleur induite par les soins est

²²⁸ COMITÉ DOULEUR-ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ET COMITÉ DES RÉFÉRENTIELS DE LA SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. (Op. cit.), p. 1035-1041

²²⁹ DE ROND, Marlies E. J. [et al.]. A Pain Monitoring Program for nurses : effect on the administration of analgesics. (Op. cit.), p. 36

réalisée principalement par l'infirmière, elle-même est actrice du soin en soi. En outre, dans ce service, pour un certain nombre de moyens de prévention, les infirmières n'ont pas besoin d'ordre médical puisqu'ils font l'objet de protocoles validés préalablement; ils peuvent donc être mis en place rapidement lors de l'évaluation du besoin, sur décision infirmière.

Influence possible de l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation

Question : En quoi un protocole (ex. : administrer un antalgique *en réserve* si EVA à 3/10 ou plus, si modification du score de douleur, si pas d'effets indésirables survenus, etc.) serait-il facilitateur ou entravant pour la prise de décision d'administrer un antalgique *en réserve* ?

- ✓ **Un protocole pourrait être facilitateur de la prise de décision, mais avec une marge de manœuvre**

La majorité des infirmières ont affirmé que l'instauration d'un protocole sur une échelle d'évaluation de la douleur serait un point positif. Voici les divers arguments mis en avant : « *si c'était écrit et qu'on voit qu'il est à 5, on va pas oser dire : il est à 5 mais j'ai rien fait* » ou « *ça facilite l'infirmière qui a peut-être des réticences à donner le médicament* » ou « *c'est bien, ça peut aider à donner une base déjà, pour toutes les nouvelles infirmières qui arrivent* » ou encore « *de savoir qu'à partir de tant il faut donner un antalgique, c'est clair que ça peut nous aider* ». Néanmoins, ces dernières sont unanimes sur le fait que le protocole doit pouvoir être adapté à chaque enfant, qu'il faut donc faire preuve de réflexion dans son utilisation : « *avoir une base, une fiche pourquoi pas, on a des fiches pour les soins, on peut avoir une fiche pour les surveillances douleur, ce serait même très très efficace [...] en sachant quand même que si l'enfant te dit 5 et que le protocole te dit que tu donnes à 6, fais gaffe !* ».

L'une souligne que réaliser un protocole demande beaucoup d'effort et de preuves pour d'être validé par l'équipe médico-infirmière. Elle cite l'exemple de sa réglette des visages : « *quand je me suis mise ça dans la poche (échelle des visages) on m'a quand même signalé : tu sais ce n'est pas officiel cette échelle de douleur, elle n'a pas été homologuée par nos médecins (...) parce que quand on fait les choses officielles, il faut avoir l'aval de 10 encyclopédies et de l'hôpital universitaire !* ». J'aimerais tout d'abord relever que l'utilisation d'une échelle d'évaluation créée par soi-même est déconseillée²³⁰. De plus, en effet selon

²³⁰ PEDIADOL. *Les bases de l'évaluation de la douleur* [en ligne]. Mise à jour le 4 septembre 2009. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/les-bases-de-levaluation.html> (consultée le 21 avril 2011)

chaque institution, le protocole dans le domaine de la douleur doit être validé par l'équipe médicale, le pharmacien hospitalier et le directeur des soins infirmiers; sa rédaction doit reposer sur des références bibliographiques²³¹. Cependant, une fois réalisé, le protocole permet plus d'autonomie, un consensus et une réflexion d'équipe, contribue à la qualité des soins et de la prise en charge pluridisciplinaire, assure la pérennisation des pratiques et définit le rôle de chacun dans l'équipe pluridisciplinaire²³².

J'aimerais relever le témoignage d'une des infirmières indiquant que dans le service, il existe des « fiches techniques » réalisées par une infirmière responsable de formation concernant divers soins et surveillances: « *on présente souvent des fiches avec des protocoles de soins, qu'on a ici donc on donne systématiquement les fiches pour tel ou tel soin, on donne aussi les fiches pour les surveillances post-opératoires, les surveillances de tension et de pulsation, mais on ne donne pas de fiches pour les surveillances douleur* ». Ceci peut être un élément expliquant des pratiques professionnelles diverses en matière d'évaluation et de traitement de la douleur par les antalgiques prescrits *en réserve*.

Par opposition aux affirmations précédentes, certaines soignantes m'ont indiqué qu'elles ne verraient pas leur pratique « facilitée » par un protocole de ce type. Elles relèvent que le score obtenu est subjectif : « *ça reste subjectif quand même cette évaluation de la douleur, cette échelle... donc mettre un chiffre comme ça là-dessus : non parce que dans certains cas à 3 on donnera et dans d'autres on ne donnera pas* ». De fait, un même score ne représente pas la même intensité de douleur pour chaque patient, toutefois l'évaluation de la douleur permet d'objectiver au mieux la douleur et diminue l'intersubjectivité entre les soignants²³³. Cependant, l'intérêt est obtenu par la variation du score dans le temps et selon les interventions, plus que par un score isolé à un moment donné. Dans l'évaluation complète, il ne faut évidemment pas uniquement prendre en considération l'intensité, mais également les autres composantes de la douleur, afin d'avoir une vision globale des conséquences de celle-ci²³⁴.

L'une d'entre elles mentionne d'autres critères à prendre en compte : « *en fait si on a un protocole ça ne va pas aller, disons que c'est aussi selon l'envie de l'enfant, selon les besoins, disons selon ce qu'il nous exprime* » ou encore « *il faut voir aussi ce que son non-verbal nous raconte (...) tout ces facteurs environnementaux qui vont faire qu'on va donner*

²³¹ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 190, 194

²³² Ibid, p. 198

²³³ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. (Op. cit.), p. 55, 57

²³⁴ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. (Op. cit.), p. 47

ou pas ». Notons que l'hétéro-évaluation peut être utilisée pour compléter une évaluation de la douleur; toutefois elle reste une estimation du vécu de l'enfant et en aucun cas ne peut être considérée identique à la sienne²³⁵. Certains chercheurs ont mis en évidence que les signes comportementaux ne sont pas toujours en adéquation avec l'intensité de la douleur rapportée par le patient²³⁶. Prendre en compte l'avis des enfants concernant leur désir de prendre un antalgique est adéquat, toutefois une peur des injections ou une réticence à prendre des médicaments peuvent les influencer et ainsi représenter une entrave à une gestion optimale de la douleur²³⁷.

Une des infirmières, étonnamment, me dit qu'il existerait déjà un protocole pour l'EVA dans le service : « *on fait comme ça nous, à partir de 4 on sait qu'il faut faire quelque chose (...) je pense que c'est un ordre médical, ça a été vu avec nos supérieurs* ». L'infirmière avec qui j'ai eu contact pour les entretiens exploratoires, ne m'en a pas fait part et les autres participantes de l'échantillon n'en ont pas connaissance.

A nouveau, pour ce thème-ci, je n'ai relevé aucun lien significatif entre les propos des participantes et leurs caractéristiques sociodémographiques.

5.4. Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses:

J'aimerais dans ce chapitre réaliser une synthèse de l'analyse détaillée qui précède, en reprenant mes hypothèses et objectifs de recherche ainsi que les résultats obtenus résumés, sous forme de tableaux. Ceci me permet de déterminer l'acceptation ou le rejet des hypothèses ainsi que l'atteinte ou non des objectifs de recherche. A travers mon argumentation, je réponds également à ma question spécifique de recherche :

« Face à une prescription médicale pour un antalgique *en réserve*, sur quels éléments se base l'infirmière en pédiatrie pour décider de son administration ou non à un enfant souffrant de douleurs aiguës ? »

²³⁵ ZHOU, Huagiong, ROBERTS, Pam, HORGAN, Louise. Association between self-report pain ratings of child and parent, child and nurse and parent and nurse dyads : meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63 (4), 2008, p. 334-342

²³⁶ VAN HULLE VINCENT, Catherine, GADDY, Erica J. Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. (Op. cit.), p. 530-539

²³⁷ SCHAFHEUTLE, Ellen Ingrid, CANTRILL, Judith A., NOYCE, Peter R. Why is pain management suboptimal on surgical wards ?(Op. cit.), p. 728-737

5.4.1. Hypothèse 1

Hypothèse émise	Les éléments que prennent en compte les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique <i>en réserve</i> sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle
Objectif formulé	Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> chez un enfant
Résultats obtenus	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la douleur à l'aide de différentes méthodes adaptées à l'enfant, réalisée à divers moments de la journée - Antalgiques reçus précédemment et palier selon l'OMS - Compliance de l'enfant et des parents - Pathologie dont souffre l'enfant - étiologie de la douleur - Soin douloureux prévu - Expérience infirmière - Connaissances en pharmacologie <p><u>Éléments sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'années d'expérience professionnelle - Suivi d'une formation spécifique à la pédiatrie

Je peux affirmer que ma première hypothèse est acceptée selon les propos des participantes: de nombreux éléments ont pu être identifiés comme influant sur la démarche de soins infirmiers lors d'administration d'un antalgique *en réserve*. Malgré la répétition de certains d'entre eux au cours de plusieurs entretiens, je n'ai pas retrouvé de systématique dans les critères de prise de décision. En absence de pratique uniformisée, chaque infirmière recourt à son propre jugement clinique pour déterminer ses interventions, se basant plus ou moins fortement sur l'un ou l'autre élément identifié.

L'objectif de recherche lié à cette hypothèse est atteint, car j'ai pu réaliser une description des éléments pris en compte pour la décision d'administrer ou non l'antalgique *en réserve*.

5.4.2. Hypothèse 2

Hypothèse émise	Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> par rapport à un antalgique à intervalles fixes
Objectif formulé	Identifier la perception des infirmières sur l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique <i>en réserve</i> par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes
Résultats obtenus	<p><u>Plus grande autonomie se rapportant à:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -L'évaluation du besoin d'utiliser le médicament ou non -L'évaluation de la nécessité de modifier la prescription médicale -La prévention de la douleur induite par un soin <p>Certaines participantes perçoivent le rôle infirmier comme identique pour les antalgiques prescrits à intervalles fixes ou <i>en réserve</i></p>
	<p><u>Plus de responsabilité ressentie en terme de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des effets indésirables et des dosages - Connaissances en pharmacologie - Garantie du confort de l'enfant - Informations et transmissions en équipe <p>Quelques infirmières ne ressentent pas plus de responsabilité, en raison de la prescription médicale qui les couvre</p>

Pour évaluer la vérification de mon hypothèse concernant le rôle infirmier, je dois tout d'abord tenir en compte l'incompréhension de la question pour certaines participantes, ainsi que la réduction de mon échantillon pour ce thème.

Les avis concernant le rôle infirmier dans ce soin divergent. Certaines infirmières indiquent que le rôle propre occupe une place plus importante alors que d'autres ne le ressentent pas ainsi. De plus, les éléments identifiés comme augmentant la responsabilité ressentie pourraient également se retrouver lors de l'administration d'un antalgique prescrit à intervalles fixes. En ce sens, je pense que mon hypothèse n'est que partiellement acceptée.

L'objectif de recherche pour cette question est selon moi atteint, je suis parvenue à recueillir des informations concernant la place du rôle propre infirmier auprès de la plupart des participantes, même si ces dernières peuvent ne pas être complètes.

Je pense qu'il serait pertinent d'approfondir le thème du rôle propre infirmier et de son influence sur l'administration des antalgiques *en réserve*. Dans ce travail, j'ai décrit la perception que les infirmières ont de celui-ci, toutefois il est possible qu'elles n'aient pas pleinement conscience de leur rôle ou qu'elles n'aient pas réussi à l'exprimer plus clairement lors des entretiens de cette étude. La mobilisation du rôle propre infirmier à travers ce soin pourrait être un point déterminant de la prise de décision. Si l'infirmière pense que le soin est purement médico-délégué, le recueil de données sera-t-il moins élaboré ? Donneraient-elles plus rapidement ou alors moins souvent ? Ces questions pourraient être développées et vérifiées dans un futur travail.

5.4.3. Hypothèse 3

Hypothèse émise	La politique de service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique <i>en réserve</i>
Objectif formulé	Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'antalgique <i>en réserve</i>
Résultats obtenus	<p><u>Influence positive à travers:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une équipe médicale sensible à la prise en charge de la douleur - Des propositions de formations continues à l'équipe infirmière - Des moyens de prévenir la douleur induite par les soins à disposition dans le service, dont l'utilisation est guidée par des protocoles préétablis <p>- La plupart des infirmières seraient en faveur de l'instauration d'un protocole déterminant le seuil d'administration d'un antalgique <i>en réserve</i> sur une échelle d'évaluation de la douleur, tout en laissant une marge d'adaptation à chaque patient</p> <p>- Certaines d'entre elles pensent toutefois que d'autres éléments sont à prendre en compte pour la prise de décision, en plus de l'intensité douloureuse, et qu'un protocole ne faciliterait pas l'administration des antalgiques <i>en réserve</i></p>

Selon moi, ma dernière hypothèse n'est également qu'en partie acceptée. De fait, certains éléments inclus dans la politique de prise en charge de la douleur dans ce service peuvent influencer la gestion des antalgiques *en réserve*, tel que la sensibilité de l'équipe médicale ou les formations continues proposées. Cependant, aucun point propre à la prise de décision d'administrer l'antalgique *en réserve* ou spécifique à une autre étape de la démarche de soins infirmiers n'est défini. Faisant état de cela, je ne peux affirmer que la politique de service soit totalement déterminante de l'administration des antalgiques prescrits *en réserve*. Toutefois, je peux soutenir qu'elle est primordiale dans la gestion des douleurs induites par les soins au sein de ce service.

Je pense avoir atteint le troisième objectif posé pour cette recherche. J'ai pu identifier les éléments de la politique de service importants pour la lutte contre la douleur, même si des facteurs spécifiques à l'administration des antalgiques *en réserve* n'ont pas été relevés par les infirmières, en raison de leur inexistence au sein du service. J'ai pu mettre en évidence une facette de la politique à laquelle je n'avais pas pensé: les moyens de prévention de la douleur induite par les soins.

5.5. Analyse comparative

Afin d'atteindre le dernier objectif de recherche « *Relever les similitudes et disparités dans la démarche de soins infirmiers, la perception du rôle propre infirmier et l'influence de la politique de service lors d'administration d'antalgique en réserve, entre les infirmières du service adulte et celle du service de pédiatrie* », ma collègue et moi présentons ci-dessous une brève comparaison des résultats obtenus sous forme d'un tableau synoptique.

5.5.1. Tableau synoptique des similitudes et spécificités identifiées

Thème 1: Démarche de soins infirmiers lors d'administration d'un antalgique <i>en réserve</i>			
Hypothèse	Les éléments que prennent en compte les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique <i>en réserve</i> sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle		
Objectif	Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> chez un enfant		
Contexte	Similitudes adulte et pédiatrique	Spécificités	
		Adultes	Pédiatrie
<u>Sous-thème:</u> Evaluation de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisée par toutes les infirmières - Connaissance de l'EN et de l'EVA pour l'auto-évaluation - Hétéro-évaluation basée principalement 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation principalement qualitative, combinée à l'hétéro-évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation quantitative et qualitative - Utilisation de l'échelle des visages - Hétéro-évaluation peut prédominer sur

	<p>sur l'observation clinique ; aucune échelle n'est citée pour ce type d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte de la composante sensori-discriminative et comportementale de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation faite de manière plutôt routinière, associée aux contrôles des signes vitaux, influencée par le diagnostic médical du patient 	<p>l'auto-évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composante affective également explorée - Evaluation réalisée à divers moments selon chaque patient ; associée pour certaines infirmières aux contrôles des signes vitaux
<p><u>Sous-thème:</u></p> <p>Diagnostics infirmiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Très peu utilisé à l'heure actuelle dans ces services - N'influence pas l'administration de l'antalgique <i>en réserve</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Instauré depuis environ 1 an - Réflexion infirmière au travers des plans de soins et des transmissions orales et écrites 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet en cours - Réflexion infirmière basée sur « Observation – action – évaluation »
<p><u>Sous-thème:</u></p> <p>Objectifs de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soulager la douleur 		<ul style="list-style-type: none"> - Totalemment ou le mieux possible - Prévenir la douleur induite par les soins
<p><u>Sous-thème:</u></p> <p>Administration de l'antalgique <i>en réserve</i> et facteurs pouvant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eléments relevant de l'évaluation de la douleur - Etiologie de la douleur - Expression de douleur 	<ul style="list-style-type: none"> - Type de douleur - Schéma d'antalgique à intervalles fixes - Caractéristiques propres au patient - Demande du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques reçus précédemment et leur palier - Compliance des enfants et parents - Prévision d'un soin douloureux

l'influencer	<ul style="list-style-type: none"> - Sécurité liée à la prescription médicale - Expérience professionnelle - Connaissances en pharmacologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Vécu personnel de douleur - Crainte de la dépendance aux opiacés 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi d'une formation spécifique à la pédiatrie
<u>Sous-thème:</u> Evaluation des interventions proposées	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation réalisée dans tous les cas selon les mêmes principes que l'évaluation initiale 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour auprès du patient non systématique - Demande d'un retour de la part du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour auprès du patient à chaque fois - Déterminée par le temps d'action du médicament administré

Thème 2			
Le rôle propre infirmier lors d'administration d'antalgique <i>en réserve</i>			
Hypothèse formulée	Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes		
Objectif formulé	Identifier la perception des infirmières sur l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un médicament <i>en réserve</i> par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes		
Contexte	Similitudes adulte et pédiatrique	Spécificités	
		Adultes	Pédiatrie
<u>Sous-thème:</u> Perception de l'importance du rôle propre infirmier dans l'administration de l'antalgique <i>en réserve</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté initiale de compréhension de la question - Avis partagés : plus d'autonomie ressentie par certaines pour l'évaluation du besoin et la prise de décision d'administrer l'antalgique <i>en réserve</i> ; pour d'autres le rôle est semblable 	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle semblable car prescription médicale à la base et même évaluation avant l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie pour faire part de la nécessité de modifier l'ordre médical - Rôle semblable pour l'évaluation de la nécessité de modifier l'ordre médical
<u>Sous-thème:</u> Responsabilité infirmière engagée	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de responsabilité ressentie par la plupart des infirmières liée à la prévention d'un surdosage de médicament - Pour certaines : la responsabilité est identique pour les antalgiques à intervalles fixes et <i>en réserve</i> relativement à la prescription médicale à la base 	<ul style="list-style-type: none"> - Concerne la prise de décision, surveillances propres au médicament (horaire de prise) 	<ul style="list-style-type: none"> - Concerne la surveillance des effets indésirables, la garantie du confort de l'enfant, l'information au patient et les transmissions à l'équipe médicale

Thème 3			
La politique de service et/ou institutionnelle en matière de gestion de la douleur			
Hypothèse formulée	La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique <i>en réserve</i>		
Objectif formulé	Distinguer l'influence de la politique de service en matière de gestion de la douleur spécifiquement sur la démarche infirmière d'administration d'antalgique <i>en réserve</i>		
Contexte	Similitudes adulte et pédiatrique	Spécificités	
		Adultes	Pédiatrie
<u>Sous-thème:</u> Eléments de la politique de service facilitant ou entravant l'administration d'antalgique <i>en réserve</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Pas de politique de gestion de la douleur instaurée - Difficultés identifiées à une éventuelle instauration : collaboration avec plusieurs médecins, diverses pathologies rencontrées dans le service - Avantages identifiés par l'infirmière : évaluation de la douleur généralisée, interventions plus efficaces - Craintes des infirmières : incompatibilité avec leur façon de fonctionner 	<ul style="list-style-type: none"> - Politique visant la « Douleur zéro » - Eléments facilitateurs : sensibilité de l'équipe médicale, habitudes/protocoles de service, formations proposées - Nombreux moyens de prévention de la douleur induite à disposition dans le service
<u>Sous-thème:</u> Influence possible de l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Point positif pour la plupart des infirmières - Certains aspects négatifs sont tout de même relevés - Besoin formulé: avoir une marge d'adaptation du protocole 	<ul style="list-style-type: none"> - Systématiserait l'évaluation de la douleur et uniformiserait les pratiques - Craintes de la restriction du rôle et de la réflexion infirmière ; crainte d'une pratique trop catégorique 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminue les réticences ; les « non-actions » - Base commune - Subjectivité du score obtenu pas compatible avec un protocole

5.5.2. Réflexions sur l'analyse comparative

Partant des résultats évoqués sur l'évaluation de la douleur, nous constatons qu'il n'y a pas de standard spécifique à l'évaluation de la douleur dans les services explorés. Celle-ci est réalisée par l'ensemble des infirmières interrogées, mais de façon non uniformisée. Nous relevons une grande disparité quant à l'utilisation des échelles validées et à la fréquence d'évaluation de la douleur.

Concernant spécifiquement les antalgiques *en réserve*, nous avons toutes les deux relevé une grande diversité dans les éléments cités par les infirmières comme influençant leur administration. Cependant, aucune démarcation propre au contexte adulte ou pédiatrique ne peut être mise en évidence: aucun élément lié au service ou au fait que le patient soit un adulte ou un enfant n'est significatif, si ce n'est la compliance au traitement fortement ressortie en pédiatrie.

Pour les deux contextes explorés, les avis sont partagés concernant le rôle infirmier et la responsabilité assumés lors d'administration d'un antalgique *en réserve*. A nouveau aucune caractéristique propre aux patients pris en charge n'a été citée par les professionnelles interrogées. Le rôle infirmier quant à l'utilisation de ces antalgiques nous semble imprécis pour les participantes compte tenu des éléments qu'elles ont nommés pour s'y référer. En effet, ceux-ci peuvent également se rapporter à l'utilisation des antalgiques à intervalles fixes. Nous pouvons nous demander si la réalisation de ce soin ne se fait pas de façon plutôt automatique ou routinière, sans faire l'objet d'une réflexion plus approfondie ? Nous nous sommes également posées la question de savoir si les connaissances et/ou expériences relatives aux antalgiques *en réserve* pouvaient être plutôt tacites et donc être difficiles à nommer consciemment par les professionnelles ? Il est de plus possible que la description du rôle infirmier dans ce soin soit peu développée de part notre inexpérience pour mener des entretiens (questions de relance, approfondissement des sujets, etc.).

Comme énoncé précédemment dans ce travail, aucune politique de prise en charge de la douleur n'est énoncée dans le service adulte, exploré par Valérie. Dans le contexte pédiatrique, exploré par Fabienne, la politique de service s'oriente vers un but commun: «Douleur zéro ». Nous relevons cependant qu'aucun principe n'est défini concernant l'évaluation de la douleur ou toute autre étape de la démarche de soins. L'axe principal

ressorti concerne la prévention de la douleur induite par les soins. Ainsi, pour les deux contextes, nous n'identifions aucun élément propre au service qui influence spécifiquement la prise de décision d'administrer un antalgique *en réserve* à l'heure actuelle.

Concernant l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur, la plupart des infirmières relèvent des avantages, dans les deux services. Toutefois, ce qui nous semble être la priorité est l'élaboration de standards pour l'évaluation, étape initiale et incontournable d'une prise en charge optimale de la douleur. En effet, une fois cette première étape réalisée de manière systématique et avec des outils validés, il sera possible d'envisager l'introduction d'un protocole pour l'utilisation de l'une ou l'autre échelle d'évaluation, en fonction des besoins identifiés postérieurement dans le service.

En conclusion de ces réflexions, nous aimerions souligner que de nombreux éléments similaires aux deux services ont été retrouvés, ce qui nous a étonnées. Nous pensions que le fait qu'une politique de service soit prônée ainsi que les différentes caractéristiques des patients soignés influenceraient plus fortement l'administration des antalgiques *en réserve*. Néanmoins, nous pouvons ressortir de façon globale, une dynamique de groupe plus présente dans le service de pédiatrie relativement à l'objectif commun, ainsi qu'un investissement important pour la prévention de la douleur induite, contrairement au service d'adultes.

En regard de ces résultats, nous pensons qu'il est important de promouvoir et/ou d'encourager la poursuite de l'instauration d'une politique de lutte contre la douleur dans les deux services.

6. Discussion

6.1. Validité interne

Pour déterminer la validité interne de ma démarche, je réalise une auto-évaluation de chaque étape parcourue et aborde des notions de cohérence interne, fiabilité et crédibilité des résultats.

6.1.1. Choix du thème et de la problématique

Le choix du thème principal de ce travail de Bachelor: « L'administration des antalgiques prescrits *en réserve* » est selon moi pertinent pour différents motifs. Tout d'abord, l'infirmière occupe une place prépondérante dans l'administration de ces antalgiques. De fait, comme énoncé précédemment, elle sera déterminante de leur administration, du choix de l'antalgique, évaluera l'efficacité, les effets secondaires éventuels et est chargée de transmettre ses observations adéquatement²³⁸. Les antalgiques prescrits *en réserve* représentent plus de la moitié des antalgiques prescrits au total²³⁹. Cependant, malgré ces points importants de la pratique infirmière, je m'apercevais en début de travail, qu'au cours de la formation, tant théorique que pratique, j'avais peu d'informations sur cette démarche. J'ai de plus été confrontée à plusieurs situations complexes présentant des problématiques d'utilisation de ce type d'antalgiques. J'ai alors décidé d'entreprendre des recherches dans la littérature existante et me suis aperçue que peu de documentation francophone est à disposition. La majorité des recherches et/ou recommandations sont anglo-saxonnes, ce pourquoi j'ai trouvé relevant d'en réaliser une dans le contexte valaisan.

L'étape qui suit le choix du thème et la formulation de la question de recherche est l'élaboration de la problématique: « *synthèse du cheminement qui permet de passer du thème à l'hypothèse ou la question de recherche* »²⁴⁰. Je me suis efforcée, tout au long de sa rédaction, de la rendre cohérente et de former le mieux possible un « entonnoir » permettant d'arriver de façon logique à la question spécifique ainsi qu'aux hypothèses et objectifs de recherche, ce qui ne fut pas toujours aisé. Le fait de devoir cibler ma problématique à la pédiatrie ne fut pas non plus évident, étant donné que mes recherches initiales n'étaient pas réduites uniquement à ce domaine. J'ai repris plusieurs fois ma rédaction, même après avoir

²³⁸ DE ROND, Marlies E. J. [et al.] A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. (Op. cit.), p. 25-38

²³⁹ Selon une enquête de prévalence de la douleur réalisée en 2009 puis en 2010 au sein du département de l'enfant et de l'adolescent des HUG, dont les résultats m'ont été transmis par e-mail.

²⁴⁰ SCHOEPP, Chris. *Problématique & Recherche en soins infirmiers*. HES-SO/Valais Wallis, Sion, module 2808, février 2010.

formulé les hypothèses et objectifs de recherche dans le but de maintenir un fil rouge conducteur tout au long du texte. J'y avais tout d'abord inclus beaucoup plus d'éléments, d'ordre légal ou juridique par exemple, desquels j'ai finalement abdicqué en raison de leur inutilisation dans la suite du travail.

6.1.2. Cadre de référence

L'élaboration du cadre de référence fut une étape plus facile pour moi. En effet, après avoir élaboré la problématique, les hypothèses et objectifs de recherche je n'ai pas eu de difficultés à cerner les différents concepts à développer : douleur, rôle infirmier et démarche de soins infirmiers. La difficulté que j'ai eue durant cette étape est liée à la vaste littérature existante, surtout pour le concept de la douleur. Je me suis référée à de nombreux ouvrages et études, donc différents auteurs. Cibler quelques uns d'entre eux en argumentant mon choix aurait pu me permettre, d'une part, un gain de temps mais aussi une plus grande homogénéité au cours du travail. De plus, j'aimerais souligner que je n'ai pas trouvé en Suisse de textes légaux sur le rôle propre infirmier ni de recommandations en matière de gestion de la douleur. Tout au long de ce travail, y compris dans le cadre de référence, je me suis donc référée au cadre législatif français très complet en ce qui concerne spécifiquement les soins infirmiers, ainsi qu'aux recommandations étrangères (françaises, anglo-saxonnes) en matière de gestion de la douleur pour illustrer mes propos. Des adaptations en fonction du contexte peuvent donc s'avérer nécessaires, si elles venaient à être utilisées postérieurement, pour une application pratique dans un service de soins par exemple.

Après les entretiens, je suis revenue sur mon cadre de référence afin de supprimer certains paragraphes que je n'utilisais pas dans mon analyse des corpus, notamment concernant la médication antalgique. J'ai également rajouté certains sujets auxquels je n'avais pas pensé initialement, fortement ressortis lors de la récolte des données, particulièrement concernant la douleur induite par les soins. Ainsi la majorité des éléments figurant dans le cadre de référence sont utilisés et mis en lien avec les données recueillies dans le chapitre de l'analyse.

6.1.3. Entretiens semi-directifs, grille d'analyse et pré-test, échantillonnage

La méthode que j'ai choisie pour aborder les professionnelles est l'entretien semi-directif, pour les diverses raisons identifiées dans la section « Méthode », au point 4.5. En ce qui concerne la première hypothèse et objectif de recherche, je pense qu'il aurait pu être

judicieux d'élaborer en plus une vignette²⁴¹ clinique sur laquelle cibler les réponses des participantes. Ceci m'aurait également aidée à mieux délimiter mon sujet d'étude. Je pense qu'il aurait été plus pertinent de déterminer une plus petite tranche d'âge abordée, ainsi que de cibler un outil d'évaluation et/ou le type : auto ou hétéro-évaluation. En ce sens, mon analyse serait plus homogène, approfondie et mes recommandations pour la pratique plus ciblées. Je pense en effet que les limites de ce travail n'étaient pas assez précises et représentent un de ses points faibles. Pour les deux autres hypothèses de recherche explorant la perception du rôle infirmier dans ce soin et la politique de service, à mon avis l'entretien semi-directif seul a été un bon choix, offrant ainsi une grande liberté aux participantes. Toutefois, je pense que le choix effectué au cours de cette étude a donné l'occasion aux professionnelles de s'exprimer sur les diverses situations auxquelles elles sont confrontées régulièrement et apporte une vision globale de la gestion actuelle des antalgiques *en réserve* dans un contexte particulier.

La grille réalisée pour guider les entretiens semi-directifs est basée sur les hypothèses et objectifs de recherche. Le concept de la démarche de soins infirmiers a été repris pour explorer les différents thèmes en lien avec la première hypothèse. Ce choix s'est révélé positif, facilitant ainsi la mise en corrélation des données recueillies avec le cadre de référence. Toutefois, malgré le pré-test après lequel j'ai quelque peu modifié la première question, des difficultés de compréhension se sont révélées lors des entretiens. Si je devais réutiliser cet outil, je reverrais la formulation de certaines questions. De plus, j'aimerais mentionner que mon manque d'expérience s'est fait sentir à travers les entretiens. De fait, j'ai éprouvé à plusieurs reprises des difficultés à relancer les participantes pour approfondir certaines données lorsque les réponses que j'obtenais n'étaient pas ciblées aux questions posées, ceci d'autant plus lors des premières interviews. Je suis consciente que le manque d'expérience ainsi que le stress ressenti face à cette situation nouvelle, la peur de poser des questions gênantes pour mes interlocutrices, la formulation de mes questions ou encore l'intonation de ma voix ont pu influencer leurs réponses. Malgré cela, les données recueillies m'ont permis de répondre à ma question spécifique, mes hypothèses et objectifs de recherche.

Mon échantillon est volontairement hétérogène. Ainsi, je pense avoir obtenu différents points de vue sur mon sujet d'étude. Toutefois, je n'ai ainsi pas pu relever adéquatement l'influence de certaines caractéristiques sociodémographiques, telles que les années

²⁴¹ Une vignette est une « brève description d'une personne, d'une situation ou d'un événement sur laquelle la personne interrogée doit donner ses réactions ». In: LOISELLE, Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (Op. cit.), p. 305

d'expérience, la formation, etc. sur le soin étudié. Pour pouvoir le faire, il serait judicieux d'énoncer des critères plus précis d'inclusion pour l'échantillonnage. Ceci n'était pas l'objectif pour mon étude, mais peut être un point pertinent à développer dans une recherche future.

6.1.4. Analyse des corpus et résultats obtenus

Cette étape de ma démarche a selon moi été la plus riche. En effet, la confrontation aux propos des soignantes interviewées m'a permis de mieux comprendre le phénomène auquel je m'intéresse depuis bientôt 18 mois. Enfin, j'obtiens les réponses à mes questions !

J'ai tout d'abord retranscrit intégralement les entretiens pour les incorporer le plus fidèlement à mon analyse. Le choix du type d'analyse à entreprendre ne fut pas simple ; mon manque d'expérience et le peu d'information sur ces méthodes spécifiques et complexes ont représenté de sérieux freins pour me lancer dans cette étape ! Avec le livre de Paillé et Mucchielli²⁴², je me suis familiarisée à l'analyse thématique. Elle m'a semblée la plus pertinente pour cette étude car elle m'a permise de mettre facilement en relief les parties significatives du corpus; elle était accessible pour une première recherche. Toutefois, compte tenu de mon manque d'expérience et du niveau initial de cette étude, je ne peux exclure que des informations aient été d'avantage mises en avant que d'autres, le méritant tout autant.

La partie commune de l'analyse fut également très captivante. Je pense qu'elle représente un plus pour cette étude. Le fait de pouvoir relever les similitudes et disparités entre les deux de services, avec des patients et une politique de prise en charge de la douleur différents, permet une plus grande ouverture. Le choix de présentation de l'analyse comparative à l'aide de tableaux synoptiques fut selon moi judicieux, afin d'offrir au lecteur une synthèse sans alourdir la lecture.

Les hypothèses et objectifs de recherche ont été repris pour ordonner les données recueillies. Ceci m'a permis de maintenir une cohérence interne à la démarche, de la question spécifique de recherche à la synthèse de l'analyse. Le fait d'avoir des hypothèses et objectifs communs avec Valérie nous a permis de nous retrouver après chaque étape, principalement au terme de l'analyse.

²⁴² PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (Op. cit.), 315 p.

6.1.5. Fiabilité et crédibilité de la démarche et des résultats obtenus

Partant des divers points explicités ci-dessus ainsi que tout au long de ce travail de Bachelor, je pense avoir rempli les critères de fiabilité²⁴³. Je n'ai pas mis en place de technique supplémentaire visant à évaluer la fiabilité des résultats par manque de temps et de moyens pour mener à terme cette recherche initiale²⁴⁴.

Pour obtenir les données nécessaires à cette étude et les analyser, nous étions deux chercheuses et avons étudié deux échantillons, ce qui représente respectivement une triangulation des chercheurs et des sources de données²⁴⁵, critère de crédibilité²⁴⁶ d'une étude. Par manque de temps, je n'ai à nouveau pas pu procéder à un moyen méthodologique complémentaire afin de valider ma recherche, notamment la validation par les participants. Cette technique aurait pu apporter plus de crédibilité à cette recherche en évitant une interprétation inadéquate de ma part lors de l'analyse des propos recueillis.

J'aimerais rappeler que des biais méthodologiques involontaires ne peuvent être exclus tant pour l'analyse que pour les autres étapes du travail, en raison de mon inexpérience et du niveau initial de la recherche.

6.2. Validité externe

La validité externe d'une étude se réfère au « *degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés* »²⁴⁷.

Sans prétendre avoir atteint le seuil de saturation des données²⁴⁸, j'ai pu constater que lors des derniers entretiens, je n'obtenais pas de nouveaux éléments concernant mon sujet

²⁴³ La fiabilité se rapporte à « *la transparence dans la description de la démarche de recherche, à la mise à jour des valeurs sous-jacentes, à la cohérence entre les questions de recherche et les résultats produits* ». In : SCHOEPF, Chris. *La validité d'une recherche qualitative & recherche en soins infirmiers*. HES-SO/Valais Wallis, Sion, mars 2010.

²⁴⁴ J'aurai par exemple pu recourir à la vérification, qui est un : « *examen minutieux et indépendant des données qualitatives et des justificatifs pertinents par un chercheur du dehors* » ou à la reproduction progressive : « *technique faisant appel à plusieurs chercheurs qui forment deux équipes ; celles-ci traitent les données séparément ; ainsi les données et les conclusions des deux groupes pourront être comparées* ». In : LOISELLE, Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (Op. cit.), p. 340

²⁴⁵ La triangulation renvoie à l'« *utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à les faire converger vers une représentation authentique de la réalité* ». Ibid, p. 338

²⁴⁶ La crédibilité d'une étude renvoie à « *la confiance qu'on peut avoir dans la véracité de ces données* ». Ibid, p. 337

²⁴⁷ Ibid, p. 206

²⁴⁸ La saturation des données est atteinte lorsque « *les données récoltées lors des dernières enquêtes sont répétitives ou déjà connues (...) lorsque la recherche empirique ne révèle rien de nouveau* ». In : DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. (Op. cit.), p. 376

d'étude. Cependant, il faut considérer que, comme démontré précédemment, la démarche de soins infirmiers lors d'administration d'un antalgique prescrit *en réserve* n'est pas homogène. De ce fait, il est possible que de nouvelles informations aient pu être rapportées si plus d'entretiens avaient été réalisés. Compte tenu de cela et du nombre restreint de participantes, je pense que mes résultats ne sont pas généralisables à plus grande échelle. Toutefois, les limites de mon étude étant larges et l'échantillon hétérogène, il est possible que d'autres milieux de soins s'y apparentent et qu'une partie des résultats puisse être transférable²⁴⁹. En outre, les données contenues dans ce mémoire peuvent être utiles pour toute situation pratique qui s'y rapporte.

²⁴⁹ La transférabilité se définit comme « *le degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes* ». In: LOISELLE, Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (Op. cit.), p. 341

7. Conclusion

7.1. Bilan personnel, facilités et difficultés

Arrivant au bout de ce travail, je pense avoir été enrichie à divers niveaux à travers chaque étape franchie. D'un point de vue personnel, j'accordais déjà une attention particulière à la prise en charge de la douleur. Je pense néanmoins que j'y serai encore plus sensible à l'avenir de part l'approfondissement de mes connaissances, principalement sur ses conséquences sur la santé.

Il a été facile pour moi de déterminer le thème dont je voulais traiter. C'est en choisissant un sujet qui me tenait à cœur que j'ai pu rebondir même lorsque des moments de découragement survenaient! L'opportunité qui m'a été offerte de réaliser ce travail en collaboration avec Valérie a également été une ressource. Travailler en parallèle nous a permis de nous soutenir et de nous encourager mutuellement au fil de ces 18 mois ! En outre, je pense avoir pu améliorer ma compétence de travail en équipe, importante pour ma future pratique professionnelle. Mon choix de réaliser une recherche empirique fut également un point motivant de ce travail, sachant que j'allais à un moment donné explorer un contexte de soins, en plus de la recherche dans la littérature.

Les difficultés identifiées sont mon inexpérience dans ce type de démarche. En effet, chaque étape du travail était nouvelle et floue pour moi, toutes m'ont demandé beaucoup d'énergie pour les réaliser du mieux possible. La conciliation de mes spécificités ainsi que celles de ma collègue dans les parties communes, particulièrement dans le cadre de référence, nous a demandé des efforts pour maintenir la cohérence et le fil rouge du texte.

Concilier ce travail, les formations théoriques et pratiques et la vie privée pendant 18 mois fut laborieux. Néanmoins, je me suis efforcée de fixer et d'atteindre les objectifs pas à pas. Je suis satisfaite de parvenir à la fin de ce travail dans les délais qui m'étaient impartis, ayant pour cela amélioré mes capacités organisationnelles.

7.1.1. Retour sur les objectifs personnels d'apprentissage²⁵⁰

L'élaboration de ce travail m'a permis d'atteindre les objectifs d'apprentissage fixés en début de démarche. J'ai élaboré un cadre de référence en m'inspirant de différents auteurs traitant les concepts de « Douleur », « Rôle infirmier » et « Démarche de soins infirmiers ». J'ai

²⁵⁰Vous pouvez retrouver l'énoncé de ces objectifs d'apprentissage au point 1.4.: « Objectifs personnels d'apprentissage ».

enrichi mes connaissances théoriques grâce à cette partie importante de ce travail de Bachelor. La synthèse de son contenu ne fut pas toujours aisée, toutefois je pense être parvenue à sélectionner les éléments pertinents pour l'analyse des corpus. Cette dernière est une analyse thématique, effectuée selon la démarche proposée par Paillé et Mucchielli. Je me suis efforcée de démontrer les liens entre les propos des participantes et les concepts étudiés, puis ai fait part de mon positionnement personnel. M'imprégner des propos des participantes fut très riche, m'amenant à réfléchir et à me prononcer sur les différents points de vue énoncés. Pour terminer, j'ai présenté une auto-évaluation de ma démarche dans la section « Discussion » et dans la présente conclusion, en faisant preuve d'esprit critique.

7.2. Bilan technique

Les principes méthodologiques de la recherche m'étaient totalement inconnus en début de démarche. Leur mise en application au travers de ce travail de Bachelor n'a pas été évidente. J'ai tenté de les respecter le plus précisément possible, toutefois je suis consciente que des biais méthodologiques sont présents en raison de mon statut de débutante dans leur utilisation et du niveau initial de la recherche.

Tout au long de ma démarche, j'ai exploré diverses bases de données et intégré une partie des résultats de certaines études trouvées à mon travail. Je pense être actuellement plus à même de rechercher des études pour éclaircir et/ou argumenter des situations rencontrées en pratique sur la base de données probantes. Ceci fait référence à la compétence cinq du référentiel de compétence de 3^{ème} année de Bachelor en Soins Infirmiers. De plus, j'ai pu m'initier à l'analyse des recherches lues ainsi que de celle que j'ai menée, en m'appropriant des notions comme la « fiabilité », « crédibilité » ou « générabilité » des résultats.

Pour terminer, il m'a fallu me familiariser avec les principes éthiques de la recherche que je pense avoir respectés tout au long de ma démarche.

7.3. Bilan professionnel

La rencontre avec les professionnelles participant à mon étude m'a permis de mieux comprendre le soin étudié, d'un point de vue pratique. Je suis actuellement plus consciente de la démarche que les infirmières parcourent pour l'administration d'un antalgique *en réserve* dans le contexte pédiatrique, démarche qui me semblait peut explicite en début de travail. J'ai également pu faire un point non exhaustif de l'état de la recherche sur cette thématique. Je pense que je serais dorénavant plus au clair sur ce soin, les éléments à considérer dans la prise de décision ; ma pratique professionnelle pour ce soin spécifique

sera basée sur une réflexion et appuyée sur des données de recherche récentes. Je pourrai de plus partager les résultats obtenus avec le service concerné par l'étude, mais également avec mes futurs collègues de travail.

De plus, je suis actuellement mieux imprégnée du rôle primordial qu'occupe l'infirmière de façon générale dans la prise en charge de la douleur, mais aussi spécifiquement dans son évaluation et dans l'administration des antalgiques. Je pense à présent être plus à même de me positionner sur les thématiques relatives à la douleur en tant qu'infirmière.

7.3.1. Perspectives et propositions pour la pratique et la recherche

Au travers de cette étude, j'ai pu relever des éléments importants relatifs à ma question et mes hypothèses de recherche. J'ai pu découvrir que l'évaluation de la douleur est connue et réalisée de différentes manières par les infirmières interrogées, accompagnée ou non d'un outil validé. J'ai également pu relever que les antalgiques *en réserve* sont administrés après une décision influencée par de nombreux critères, induisant des pratiques non systématiques. En fonction de cela, j'aimerais exposer ci-dessous quelques propositions, tout d'abord pour la pratique :

- ✓ **Elaborer un standard d'évaluation de la douleur, éventuellement sous forme de fiche technique existante dans le service de pédiatrie, déterminant des pratiques uniformisées concernant le type et la fréquence d'évaluation de celle-ci**

Pour argumenter ma proposition, je me base sur différents arguments. Tout d'abord, une évaluation systématique permet d'éviter des épisodes douloureux non traités efficacement²⁵¹ et de diminuer la prévalence des douleurs non détectées²⁵². Une bonne évaluation permet de prévenir la douleur, de la détecter précocement et donc d'améliorer son traitement²⁵³. De plus, il a été démontré qu'un manque de standardisation des pratiques par des protocoles ou des bonnes pratiques concernant l'évaluation et le traitement de la douleur est une barrière à une prise en charge optimale de la douleur²⁵⁴. Il a également été reporté que les infirmières identifient les plans standardisés comme facilitateurs de leur travail et améliorant leurs

²⁵¹ SHRESTHA-RANJIT, Jaga Maya, MANIAS, Elizabeth. Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. (Op. cit.), p. 118-128

²⁵² VARRIN, Suzanne. *Guide d'évaluation de la douleur*. (Op. cit.), p. 6

²⁵³ HOWARD [et al.]. Good practice in postoperative and procedural pain management. Background. *Pediatric Anesthesia*, 2008, n° 18 (Suppl.1), p. 14-18

²⁵⁴ SHRESTHA-RANJIT, Jaga Maya, MANIAS, Elizabeth. Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. (Op. cit.), p. 118-128

connaissances²⁵⁵. La mise en place de protocoles fait partie des mesures identifiées par l'AFFAPS comme décisif d'un « *contrôle optimal de la douleur* »²⁵⁶.

✓ **Utiliser une échelle validée lors de chaque évaluation de la douleur**

De nombreux avantages surviennent lors de l'association d'un outil validé à l'évaluation globale de la douleur. Celui-ci permet une plus grande objectivité, facilite l'expression de la douleur par le patient (par rapport à une expression spontanée), garantit un suivi de l'évolution, permet d'adapter le traitement antalgique aux courbes de la douleur²⁵⁷. De plus, la relation avec le patient est améliorée et celui-ci augmente sa participation aux soins²⁵⁸. Il est prouvé que si plus d'outils d'évaluation validés sont utilisés, la satisfaction de tous les acteurs est améliorée et, en général, la quantité d'antalgiques prescrits augmente, démontrant un besoin non couvert²⁵⁹. Nous pouvons également déduire que si l'évaluation de la douleur n'est pas effectuée adéquatement, celle-ci étant la première étape de sa prise en charge, il pourrait s'en suivre une sous-utilisation des antalgiques *en réserve*, puisque le besoin de soulagement ne sera pas identifié.

✓ **Définir un seuil d'intervention thérapeutique sur les différentes échelles utilisées, en laissant une marge d'adaptation à chaque patient**

Cette pratique pourrait elle aussi être déterminante de l'uniformisation des interventions entre les soignants. Elle permettrait de définir des critères communs de prise de décision, tout en sachant que le jugement clinique et les connaissances de l'infirmière priment sur le « protocole » et doivent permettre une adaptation à chaque enfant. Ainsi, selon moi ce n'est pas une restriction au rôle infirmier qui sera induit, mais plutôt une diminution de l'appréciation subjective de l'intensité de la douleur du patient par les soignants. De plus, l'élaboration de ces protocoles permet un consensus entre les médecins du service et favorisent la qualité optimale de soins²⁶⁰.

²⁵⁵ WADENSTEN, Barbro. Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital of Sweden? *Journal of clinical Nursing*, 2011, vol. 20, n° 5-6, p. 624-634

²⁵⁶ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25cae3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

²⁵⁷ PEDIADOL. *Les bases de l'évaluation de la douleur* [en ligne]. Mise à jour le 4 septembre 2009. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/les-bases-de-levaluation.html> (consultée le 21 avril 2011)

²⁵⁸ WADENSTEN, Barbro. Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital of Sweden? (Op. cit.), p. 624-634

²⁵⁹ PEDIADOL. *Les bases de l'évaluation de la douleur* [en ligne]. Mise à jour le 4 septembre 2009. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/les-bases-de-levaluation.html> (consultée le 21 avril 2011)

²⁶⁰ AUBLE, Christine. L'infirmière et les prescriptions médicales. *La revue de l'infirmière*, 2008, n° 142, p. 30-32

Les prescriptions basées sur des critères précis et fiables, notamment selon l'intensité douloureuse, ainsi que la prérédaction/standardisation des procédures thérapeutiques sont recommandées²⁶¹.

Mes propositions pour la poursuite de la recherche à ce sujet sont :

- ✓ **Explorer la perception des enfants et/ou de leurs parents sur la prise en charge de la douleur, spécifiquement lors de situations impliquant des antalgique en réserve**

J'ai pu, à travers cette recherche, explorer le vécu de la prise en charge de la douleur du côté des soignants. Je trouve pertinent d'étudier également le point de vue des patients et/ou de leur proches afin d'identifier des similitudes et disparités dans leur ressenti. Il serait aussi approprié de déterminer leurs besoins en matière de soulagement de la douleur, afin de cibler les interventions infirmières à la demande des bénéficiaires de soins.

- ✓ **Réaliser une étude ciblée sur l'évaluation de la douleur, après l'instauration du standard d'évaluation de la douleur**

Si un standard d'évaluation de la douleur était élaboré dans le service en question, il serait pertinent d'en évaluer l'impact quelques temps après sa mise en pratique par les soignants, afin d'apprécier les bénéfices et/ou les inconvénients survenus et de proposer des réajustements.

7.3.2. Mot de la fin

Arrivant au terme de ce travail de Bachelor, j'aimerais finir sur un message de confiance pour la pratique infirmière. Tout au long de ma démarche, je me suis imprégnée du rôle essentiel qu'occupe l'infirmière dans la prise en charge de la douleur. Je pense que dans ce domaine, même avec tous les progrès déjà réalisés ces dernières années, il reste encore des domaines à améliorer. Les infirmières peuvent occuper les places de protagonistes en vue de cette évolution. Mobilisons-nous quotidiennement vers l'optimisation de la lutte contre la douleur !

<p>« Face au monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement »</p>
--

Francis Blanche

²⁶¹ COMITÉ DOULEUR-ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ET COMITÉ DES RÉFÉRENTIELS DE LA SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. (Op. cit.), p. 1035-1041

8. Bibliographie

AMIEC RECHERCHE. *Dictionnaire des SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière*. 3^{ème} Edition. Paris : Masson, 2005. 333 p.

ANNEQUIN Daniel. *La douleur chez l'enfant*. Paris : Masson, 2002. 184 p.

ANNIQUIN, Daniel. La douleur de l'enfant : une reconnaissance tardive. *La recherche*, 2000, vol. 336, p. 42-47

ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*. Berne : 2002, 24 p.

ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité pour les soins infirmiers (standards de soins)*. Berne, SBK-ASI, 2006. 16p.

AUBLE, Christine. L'infirmière et les prescriptions médicales. *La revue de l'infirmière*, 2008, n° 142, p. 30-32

AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. Paris: Med-Line, 2006. 204 p.

BALL, Jane, BINDLER, Ruth. *Soins infirmiers en pédiatrie*. 2^{ème} édition. Canada : Erpi Editions, 2010. 1304 p.

BINOCHE, Thierry, MARTINEAU, Caroline. *Guide pratique du traitement des douleurs*. Paris : MMI Edition, Masson, 2001. 403 p.

BIZIER, Nicole. *De la pensée au geste*. 3^{ème} Edition. Paris: Maloine, 1992. 131 p.

BRUNNER, SUDDARTH. Par SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. 4^{ème} édition. Canada : De Boeck, volume 1, 2006. 656 p.

CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2008. 180 p.

CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2009. 284 p.

CHAUVIN, Marcel, BEAULIEU, Pierre. *Pharmacologie des opioïdes*. In : Sous la direction de BEAULIEU, Pierre. *Pharmacologie de la douleur*. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal, 2005. 593 p.

COMITÉ DOULEUR-ANESTHESIE LOCOREGIONALE ET COMITE DES REFERENTIELS DE LA SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Annales Françaises d'Anesthésie Et de Réanimation*, 2008, vol. 27, p. 1035-1041

CONLON, Joy A., O'MATHUNA, Donal P., O'HARE, Brendan. As required versus fixed schedule analgesic administration schedules for treating postoperative pain in children and adults. *The Cochrane Library*, 2009, vol. 3, 10 p.

DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 2007. 417 p.

DE ROND, Marlies E. J. [et al.]. A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*, 2000, 89, p. 25-38

DEYMIER, Valérie, WROBEL, Jacques, LEVY, Frédéric. *Approche pratique du traitement de la douleur*. Baar : UPSA Pain Institute Switzerland, 2003. 180 p.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Fr. *Diagnostics infirmiers. Interventions et bases rationnelles*. 7^{ème} édition. Canada : De Boeck, 2001. 1280 p.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary F., BURLEY, Joseph T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris: Maloine, 1995. 240 p.

DUNWOODY, Colleen J. [et al.]. Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n°1, p. S11-S21.

FLETCHER, Dominique. *Evaluation et principe de traitement d'une douleur aiguë*. In : Sous la direction de BRASSEUR, Louis, BOUHASSIRA, Didier, CHAUVIN, Marcel. *Douleurs aiguës*. Rueil Malmaison : éditions Arnette, 2006. 243 p. Collection Références en douleur et analgésie.

GARNIER, Jacques [et al.]. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 29^{ème} édition. Paris: Maloine, 2006. 1048 p.

GATBOIS, Edith, ANNEQUIN, Daniel. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2008, vol. 21, n° 1, p. 20-36

GAUVIN-PIQUARD, Annie, MEIGNIER, Michel. *La douleur de l'enfant*. Paris : Calmann-Lévy, 1993, 263 p. Collection « Le passé recomposé »

GIMBER-BERGLUND, Ingall, LJUSEGREN, Gunilla, ENSKÄR, Karin. Factors influencing pain management in children. *Paediatric nursing*, 2008, vol. 20, n° 10, p. 21-25

GORDON, Debra B. [et al.]. Nurses' Opinions on Appropriateness of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n° 3, p. 131-140

HAUTE ÉCOLE SPÉCIALISÉE DE SUISSE OCCIDENTALE, filière Bachelor en soins infirmiers. *Cadre général pour la réalisation et d'évaluation du Travail de Bachelor (Bachelor Thesis)*. 2007. 7 p.

HOWARD [et al.]. Good practice in postoperative and procedural pain management. Background. *Pediatric Anesthesia*, 2008, n° 18 (Suppl.1), p. 14-18

HUG. CELLULE DOULEUR DEA/DPI. *Standards de soins pour l'évaluation de la douleur dans le DEA*. Avril 2011.

LOISELLE, Carmen G., Mc GRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Canada : ERPI Editions, 2007. 591 p.

LOMBART, Bénédicte. *Faut-il s'arrêter d'évaluer ? Regards sur la formation à l'évaluation de la douleur en pédiatrie*. In : Sous la direction de COHEN-SALMON, Didier. *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*. Ramonville Saint-Agne: Editions Eres, 2007. 156 p.

MARCHAL, Arlette, PSIUK, Thérèse. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*. Paris : Editions Seli Arslan SA, 2002. 188 p.

MATHEY-DORET-BERHOUD, Hélène. *Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires*. Thèse de doctorat, Université de Genève – faculté de médecine, 2004. 43 p.

METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*. Paris : Masson, 2000. 297 p.

NICOLAS, Patrick, ABEILLÉ, Dominique. *Pharmacologie et soins infirmiers*. Paris : Maloine, 2007, 341 p.

PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 2010. 315 p.

PHANEUF, Margot. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. Paris : Masson, 1998. 295 p.

QUENEAU, Patrice, OSTERMANN, Gérard. *Le médecin, le malade et la douleur*. Paris: Masson, 2004. 616 p.

REJEH, Nahid [et al.]. Nurses experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009, vol. 23, p. 274-281

RUBENFELD, M. Gaie, SCHEFFER, Barbara K. *Raisonnement critique en soins infirmiers, guide d'apprentissage*. Paris: De Boeck Université, 1999. 452 p.

SCHAFTHEUTLE, Ellen Ingrid, CANTRILL, Judith A., NOYCE, Peter R. Why is pain management suboptimal on surgical wards ? *Jornal of Advanced Nursing*, 2000, vol. 33, n°6, p. 728-737

SCHOEPPF, Chris. *La validité d'une recherche qualitative & recherche en soins infirmiers*. HES-SO//Valais Wallis, Sion, module 2808, mars 2010.

SCHOEPPF, Chris. *Méthodologie. Entretiens & recherche en soins infirmiers*. HES-SO//Valais Wallis, Sion, module 2808, mars 2010. 12 p.

SCHOEPPF, Chris. *Problématique & recherche en soins infirmiers*. HES-SO//Valais Wallis, Sion, module 2808, février 2010.

SHAVIT, I. [et al.]. Observational pain assessment versus self-report in paediatric triage. *Emergency Medicine Journal*, 2008, vol. 25, n° 9, p. 552-555

SHRESTHA-RANJIT, Jaga Maya, MANIAS, Elizabeth. Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, vol. 19, p. 118-128

Sous la direction de KREMP, Louis. *Puériculture et pédiatrie*. Rueil Malmaison : éditions Lamarre, 2007. 1566 p.

VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2005, vol. 30, n°3, p. 177-183

VAN HULLE VINCENT, Catherine. Nurses' Perceptions of Children's Pain: A Pilot Study of Cognitive Representations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, vol. 33, n° 3, p. 290-301

VAN HULLE VINCENT, Catherine, DENYES, Mary J. Relieving Children's Pain : Nurses' Abilities and Analgesic Administration Practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 2004, vol. 19, n°1, p. 40-50

VAN HULLE VINCENT, Catherine, GADDY, Erica J. Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. *Research in Nursing & Health*, 2009, vol. 32, p. 530-539

VARRIN, Suzanne. *Guide d'évaluation de la douleur*. RSV-GNW, Centre hospitalier du centre du Valais, 2009. 20 p.

VINCENT, B., HORLE, B., WOOD, C. Evaluation de la douleur de l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2010, 23, p. 349-357

WADENSTEN, Barbro. Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital of Sweden? *Journal of clinical Nursing*, 2011, vol. 20, n° 5-6, p. 624-634

WALTI-BOLLIGER, Marianne. « Evidence-based nursing, une réponse aux exigences de qualité ». *Soins infirmiers*, 2008, p. 58-61

WOOD, Chantal [et al.]. *Douleur aiguë chez l'enfant*. In : Sous la direction de BRASSEUR, Louis, BOUHASSIRA, Didier, CHAUVIN, Marcel. *Douleurs aiguës*. Rueil Malmaison, éditions Arnette, 2006, collection Références en douleur et analgésie. 243 p.

ZHOU, Huagiong, ROBERTS, Pam, HORGAN, Louise. Association between self-report pain ratings of child and parent, child and nurse and parent and nurse dyads : meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63 (4), 2008, p. 334-342

9. Cybérographie

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Adresse URL : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d54cf25caead3cf0397be9f8e15f6f69.pdf (consultée le 24 mars 2010)

ANNEQUIN, Daniel. *Gestion des actes douloureux. Approches thérapeutiques simple* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/gestion-des-actes-douloureux-approches-therapeutiques-simples.html> (consultée le 03 mai 2011)

ASSOCIATION SUISSE POUR LES DROITS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LES SERVICES DE SANTÉ. *Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé et commentaires* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.kindundspital.ch/pdf-doc/charta-f.pdf> (consultée le 30 mars 2010)

CHARRIERE FOURNIER, Elisabeth. *La mémorisation de la douleur de l'enfant : qu'en savons-nous ?* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/la-memorisation-de-la-douleur-de-lenfant--quen-savons-nous.html> (consultée le 20 décembre 2010)

CLUD. BOUTIN-MOSTEFA, Bénédicte [et al.]. *La douleur, un défi quotidien* [en ligne]. Adresse URL : http://www.chu-montpellier.fr/fr/PDF/dossier_obj_clud.pdf (consultée le 19 juillet 2011)

CONFEDERATION SUISSE. *Loi fédérale sur l'assurance-maladie* [en ligne]. Etat au 1er janvier 2010. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html (consultée le 26 mai 2010)

DOCUMED. *Compendium Suisse des médicaments* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 25 août 2010)

GIERSCH, V., CANCEDDA, R. *Amélioration de la prise en charge de la douleur dans le Département de l'Enfant et de l'Adolescent : Mise en place d'un outil de prévalence* [en ligne]. Adresse URL : <http://dea.hug-ge.ch/library/pdf/cancedda.pdf> (consultée le 01 décembre 2010)

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). *Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé* [en ligne]. Adresse URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf (consultée le 16 novembre 2010)

HECVSanté. *CAS en soins à l'enfant en milieu hospitalier* [en ligne]. Adresse URL : <http://postgrade.hecvssante.ch/formations/CAS/SoinsEnfant.aspx> (consultée le 04 mai 2011)

HUG. ESPACE PRESSE. *Communiqués de presse : troisième semaine européenne de la douleur aux HUG, un badge pour en parler* [en ligne]. Adresse URL : http://www.hug-ge.ch/actualite/communiques_presse_detail_eid_40_lid_7.html (consultée le 26 mai 2010)

HUG. PROGRAMME DE SOINS « RESEAU DOULEUR ». *Standards de soins pour l'évaluation de la douleur (patients hospitalisés)* [en ligne]. Mise à jour le 15 juillet 2010. Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/reconnaitre/reconnaitre_mesurer.html (consultée le 02 mai 2011).

LEGIFRANCE, LE SERVICE PUBLIC DE DIFFUSION DU DROIT. *Circulaire DHOS/E 2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur dans les établissements de santé* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-21/a0212062.htm> (consultée le 31 août 2010)

LEGIFRANCE, LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT. *Code de la santé publique* [en ligne]. Adresse URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100620> (consultée le 20 juin 2010)

LE NEURES, Cathy, SIEBERT, Carole. *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers* [en ligne]. Adresse URL : http://books.google.fr/books?id=qkThgZV4uk0C&pg=RA2-PA2&dq=jugement+clinique+soins+infirmiers&hl=fr&ei=q_iJTLDJYUQ4Qabj6TgCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDkQ6AEwAg#v=onepage&q=jugement%20clinique%20soins%20infirmiers&f=false (consultée le 10 septembre 2010)

LIEFGEN, Marie-France. *Responsabilité infirmière ?!* [en ligne]. Adresse URL : http://www.forum.lu/pdf/artikel/5205_235_Liefgen.pdf (consulté le 01 septembre 2010)

MAZZOCATO, Claudia, DAVID, Stéphane. *L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* [en ligne]. Adresse URL : http://www.svmed.ch/membre/Palliative_Flash/Guide%20des%20Soins%20Palliatifs/02-l'evaluation%20de%20la%20douleur-1.pdf?PHPSESSID=be4cda48a2125503269e3654fec94d37 (consultée le 19 août 2010)

PEDIADOL. *Auto-évaluation* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/auto-evaluation.html> (consultée le 27 mai 2011)

PEDIADOL. *Échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)* [en ligne]. Mise à jour le 16 juillet 2009. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/echelle-cheops-childrens-hospital-of-eastern-ontario-pain-scale3.html> (consultée le 12 juillet 2011)

PEDIADOL. *Echelle des visages, Faces pain scale - Revised* [en ligne]. Mise à jour le 30 juillet 2009. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/echelle-des-visages.html> (consultée le 12 juillet 2011).

PEDIADOL. *Echelle visuelle analogique (EVA)* [en ligne]. Mise à jour le 10 septembre 2010. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/echelle-visuelle-analogique-eva.html> (consultée le 12 juillet 2011).

PEDIADOL. *Grille de douleur et inconfort du nouveau-né (EDIN)* [en ligne]. Mise à jour le 27 septembre 2004. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/grille-de-douleur-et-dinconfort-du-nouveau-ne-edin.html> (consultée le 12 juillet 2011)

PEDIADOL. *Grille HEDEN* [en ligne]. Mise à jour le 30 juillet 2009. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/grille-heden.html> (consultée le 12 juillet 2011)

PEDIADOL. *Hétéro-évaluation* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/hetero-evaluation.html> (consultée le 27 mai 2011)

PEDIADOL. *Les bases de l'évaluation de la douleur* [en ligne]. Mise à jour le 4 septembre 2009. Adresse URL : <http://www.pediadol.org/les-bases-de-levaluation.html> (consultée le 21 avril 2011)

PEDIADOL. *Localisation de la douleur sur schéma* [en ligne]. Mise à jour le 8 juin 2004. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/localisation-de-la-douleur-sur-schema.html> (consultée le 12 juillet 2011)

PHARMACIE DES HUG. *Doses pédiatriques* [en ligne]. Adresse URL : http://pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/utilismedic/doses_pedHUG.pdf (consultée le 27 juin 2011)

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Evaluation et prise en charge de la douleur [en ligne]. Adresse URL : [http://www.rnao.org/Storage/11/547_%C9valuation et prise en charge de la douleur.pdf](http://www.rnao.org/Storage/11/547_%C9valuation%20et%20prise%20en%20charge%20de%20la%20douleur.pdf) (consultée le 06 décembre 2010)

RÉSEAU DOULEUR DES HUG. *Le bon antalgique au bon moment (adultes)* [en ligne]. Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/_library/pdf/bon_antalgique.pdf (consultée le 15 mai 2010)

10. Annexes

Annexe A	Référentiel de compétence de 3 ^{ème} année de Bachelor en Soins Infirmiers
Annexe B	Illustrations des échelles d'évaluation de la douleur
Annexe C	Effets secondaires des opioïdes
Annexe D	Tableau récapitulatif des données sociodémographiques des participantes à l'étude
Annexe E	Grille d'entretiens
Annexe F	Lettre d'information
Annexe G	Formulaire de consentement éclairé

Annexe A : Référentiel de compétences de 3^{ème} année de Bachelor en Soins Infirmiers

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

- Appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- Se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- Recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- Maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance, ...) dans la gestion des situations rencontrées
- Crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

Conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- Intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- S'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- Utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- Met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)

Réalise les soins requis

- Détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- Discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- Argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

Organise son travail en tenant compte du contexte :

- Argumente les priorités et les opérationnalise
- Critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- Délégue, supervise et évalue le travail confié

- Garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

- Se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- Accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions
- Choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- Conduit des actions éducatives
- Propose et participe à des projets de santé communautaire
- Oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

4. Evaluer ses prestations professionnelles

- Justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- Recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- Démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

5. Contribuer à la recherche en soins et santé

- Utilise et partage des résultats de recherche dans sa pratique
- Participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- S'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- Participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

6. Contribuer à l'encadrement et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

- Mène des actions d'information et de formation
- Participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- Participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- S'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

- Intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- S'engage dans un travail d'équipe et dans les activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- Mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- Affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

8. Participer aux démarches qualité

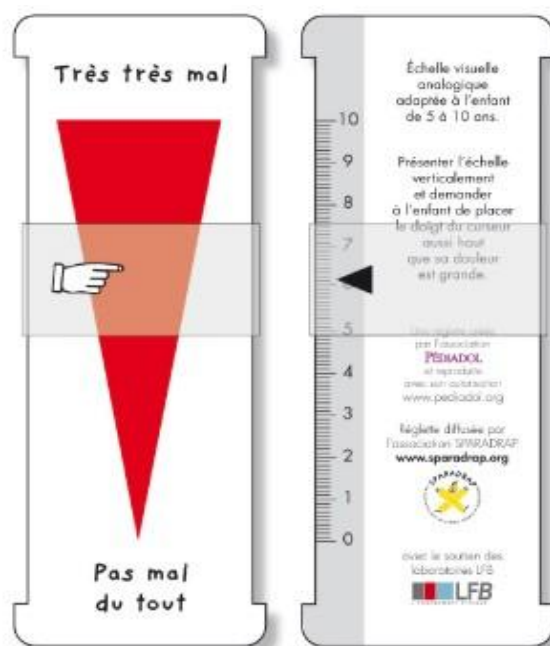
- Evalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- Utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- Fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

- Suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- Intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- Prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- S'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- Contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- Préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- Intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

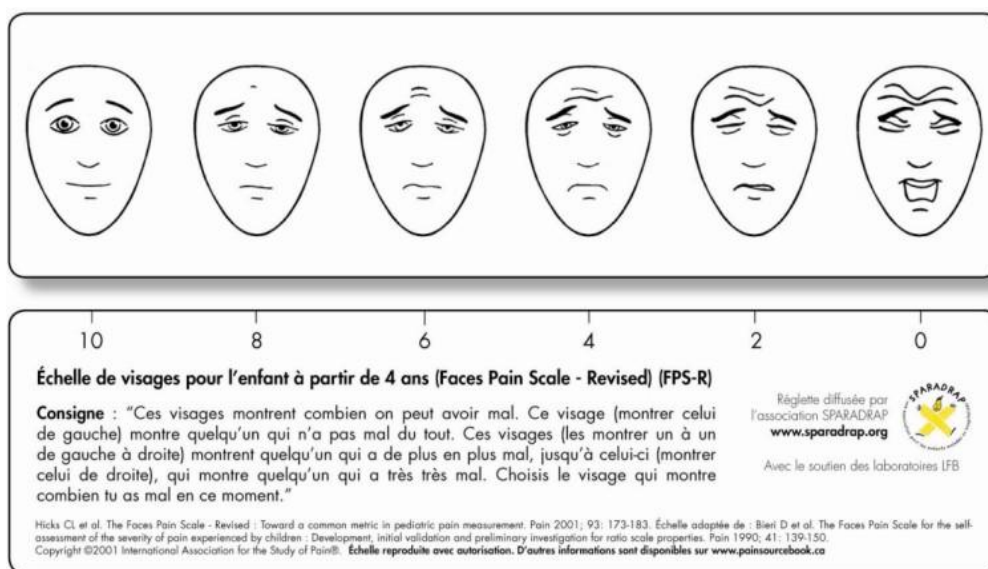
Annexe B: Illustrations des échelles d'évaluation de la douleur

✓ Echelle visuelle analogique pédiatrique²⁶²



© Association SPARADRAP

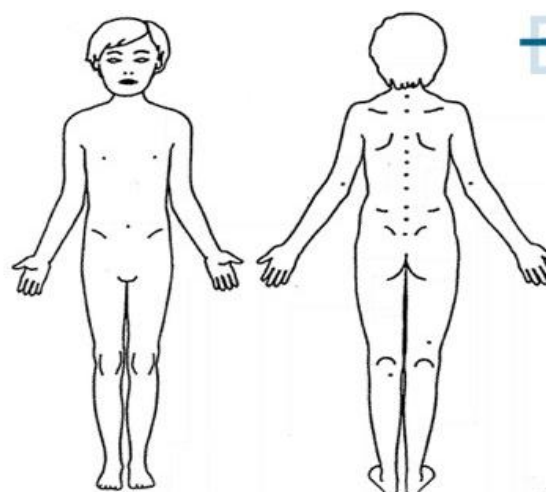
✓ Echelle des visages²⁶³



²⁶² PEDIADOL. *Echelle visuelle analogique (EVA)* [en ligne]. Mise à jour le 10 septembre 2010. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/echelle-visuelle-analogique-eva.html> (consultée le 12 juillet 2011)

²⁶³ PEDIADOL. *Echelle des visages, Faces pain scale - Revised* [en ligne]. Mise à jour le 30 juillet 2009. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/echelle-des-visages.html> (consultée le 12 juillet 2011)

✓ **Schéma du bonhomme**²⁶⁴



Ça fait mal : Choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concernée

un peu ☐ moyen ☐ beaucoup ☐ très mal ☐

✓ **Grille de douleur et inconfort du nouveau-né**²⁶⁵

Visage	0 → Visage détendu 1 → Grimaces passagères : froncement des sourcils, lèvres pincées, plissement du menton, tremblement du menton 2 → Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 → Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé
Corps	0 → Détendu 1 → Agitation transitoire, assez souvent calme 2 → Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 → Agitation permanente, crispation des extrémités et raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé
Sommeil	0 → S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 → S'endort difficilement 2 → Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 → Pas de sommeil
Relation	0 → Sourire aux anges, sourire réponse, attentif à l'écoute 1 → Appréhension passagère au moment du contact 2 → Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 → Refuse le contact, aucune relation possible. Hurllement ou gémissement sans la moindre stimulation
Réconfort	0 → N'a pas besoin de réconfort 1 → Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 → Se calme difficilement 3 → Inconsolable. Succion désespérée

²⁶⁴ PEDIADOL. *Localisation de la douleur sur schéma* [en ligne]. Mise à jour le 8 juin 2004. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/localisation-de-la-douleur-sur-schema.html> (consultée le 12 juillet 2011)

²⁶⁵ PEDIADOL. *Grille de douleur et inconfort du nouveau-né (EDIN)* [en ligne]. Mise à jour le 27 septembre 2004. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/grille-de-douleur-et-dinconfort-du-nouveau-ne-edin.html> (consultée le 12 juillet 2011)

✓ **Échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)²⁶⁶**

Items	Propositions	Score
Pleurs	1 → Pas de pleurs 2 → Gémissement OU pleurs 3 → Cris perçants	
Visage	0 → Sourire 1 → Visage calme 2 → Grimace	
Verbalisation	0 → Verbalisation positive 1 → Aucune verbalisation OU plaintes diverses 2 → Plaintes de douleur OU plaintes mixtes	
Torse	1 → Neutre 2 → Changements de position OU corps tendu OU frissonnement OU torse vertical OU contention	
Touche la plaie	1 → N'avance pas la main vers la plaie 2 → Avance la main OU touche OU agrippe OU contention	
Jambes	1 → Neutre 2 → Torsion, gigotement OU jambes levées/tendues OU debout OU contention	

✓ **Grille HEDEN, version simplifiée de la grille DEGR²⁶⁷**

Signes de douleur	0	1	2
Plaintes somatiques (EVD)	Aucune	Se plaint d'avoir mal	Plaintes avec geignements, cris ou sanglots, ou supplication
Intérêt pour le monde extérieur (APM)	L'enfant s'intéresse à son environnement	Perte d'enthousiasme, intérêt pour activité en y étant poussé	Inhibition totale, apathie, indifférent et se désintéresse de tout
Position antalgique (SDD)	L'enfant peut se mettre n'importe comment, aucune position ne lui est désagréable	L'enfant choisit à l'évidence une position antalgique	Recherche sans succès une position antalgique, n'est jamais bien installé
Lenteur et rareté des mouvements (APM)	Mouvements larges, vifs, rapides, variés	Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatives motrices rares	Enfant comme figé, immobile dans son lit, alors que rien ne l'empêche de bouger
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise	Examen et mobilisation sans problème	Demande de « faire attention », protège la zone douloureuse, retient ou guide la main du soignant	Accès impossible à la zone douloureuse ou opposition à toute initiative du soignant pour la mobilisation

²⁶⁶ PEDIADOL. *Échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)* [en ligne]. Mise à jour le 16 juillet 2009. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/echelle-cheops-childrens-hospital-of-eastern-ontario-pain-scale3.html> (consultée le 12 juillet 2011)

²⁶⁷ PEDIADOL. *Grille HEDEN* [en ligne]. Mise à jour le 30 juillet 2009. Adresse URL: <http://www.pediadol.org/grille-heden.html> (consultée le 12 juillet 2011)

✓ **Score bernois de la douleur²⁶⁸**

Paramètre	0	1	2	3
Sommeil	Sommeil calme ou phase d'éveil physiologique	Sommeil léger avec battements des paupières	Réveil spontané	Ne parvient pas à s'endormir
Pleurs	Absence de pleurs	Phase de pleurs passagère (moins de 2 minutes)	Phase de pleurs prolongée (plus de 2 minutes)	Pleurs intenses et cris aigus (plus de 2 minutes)
Apaisement	Aucun apaisement nécessaire	Moins d'une minute nécessaire à l'apaisement	Plus d'une minute nécessaire à l'apaisement	Plus de 2 minutes nécessaires à l'apaisement
Couleur de la peau	Rosée	Rougie	Légèrement pâle, éventuellement marbrée	Pâle, marbrée, cyanotique
Expression du visage	Visage détendu	Crispation passagère du visage	Crispation accrue du visage et tremblement du menton	Crispation prolongée ou permanente du visage avec tremblement du menton
Expression du corps	Corps détendu	Corps la plupart du temps détendu, mais tension transitoire	Tensions fréquentes, mais revenant à l'état relaxé entre-temps	Tension permanente
Respiration	Normale et calme (valeur initiale)	Superficielle augmentation de la fréquence de 10 à 14 en l'espace de 2 min et/ou tirage thoracique	Superficielle, augmentation de la fréquence de 15 à 19 en l'espace de 2 min, tirage thoracique	Superficielle et irrégulière, nette augmentation >20 en l'espace de 2 min et /ou fort tirage thoracique
Aucune douleur: 0 à 8 points Douleurs : ≥9 points				
TOTAL DES INDICATEURS SUBJECTIFS				
Fréquence cardiaque	Normale (valeur initiale)	Augmentation de 20/min ou davantage par rapport à la valeur initiale, avec retour à celle-ci en l'espace de 2 min	Augmentation de 20/min ou davantage par rapport à la valeur initiale, sans retour à celle-ci en l'espace de 2 min	Augmentation de 30/min ou davantage par rapport aux valeurs initiales ou bradycardies accrues en l'espace de 2 min
Saturation en oxygène	0% à 1.9% de réduction	2% à 2.9% de réduction	3% à 4.9% de réduction	5% et davantage de réduction
Aucune douleur: 0 à 10 points Douleurs : ≥11 points		SOMME TOTALE POUR L'ENSEMBLE DE L'ECHELLE		

²⁶⁸ Cette grille m'a été transmise par e-mail par une responsable du service de pédiatrie exploré par cette étude.

Annexe C: Effets secondaires des opioïdes

✓ La constipation

C'est l'effet indésirable le plus fréquent, expliquant l'association d'un laxatif quasi systématiquement dès le début du traitement²⁶⁹. Elle s'explique par une atonie des fibres longitudinales du tube digestif et une hypertonie des fibres musculaires et des sphincters²⁷⁰.

✓ Rétention urinaire

Cet effet secondaire est dû à une augmentation du tonus du sphincter vésical ainsi qu'à une diminution du tonus vésical²⁷¹.

✓ Nausées et vomissements

Ils surviennent chez 20 à 60% des patients quelle que soit la voie d'administration, suite à la stimulation de la zone chémoréceptrice dans l'area postrema ainsi qu'en induisant un retard de la vidange gastrique et une hypertonie du pylore²⁷². Cet effet indésirable s'atténue après quelques jours de traitement²⁷³.

✓ Somnolence ou agitation psychomotrice

La somnolence peut survenir chez un patient sous opioïdes, elle peut être induite par une récupération suite à une douleur intense ou à un surdosage de médicaments. L'évaluation de la douleur devrait s'associer à une évaluation du niveau de sédation²⁷⁴. Une agitation psychomotrice, le comportement opposé, peut également survenir, particulièrement chez les jeunes enfants ou les personnes âgées²⁷⁵.

✓ Effets sur la respiration

La morphine diminue la sensibilité des centres respiratoires du bulbe rachidien à la variation de pression de CO₂ et d'O₂. On observe un effet dépresseur respiratoire, indissociable de l'effet analgésique, qui justifie la surveillance clinique des traitements morphiniques à fortes doses²⁷⁶.

²⁶⁹ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p. 145

²⁷⁰ CHAUVIN, Marcel, BEAULIEU, Pierre. *Pharmacologie des opioïdes.* (Op. cit.), p. 57

²⁷¹ Ibid, p. 57

²⁷² Ibid, p. 57

²⁷³ NICOLAS, Patrick, ABEILLÉ, Dominique. *Pharmacologie et soins infirmiers.* (Op. cit.), p. 105

²⁷⁴ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant.* (Op. cit.), p. 80

²⁷⁵ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p.149

²⁷⁶ NICOLAS, Patrick, ABEILLÉ, Dominique. *Pharmacologie et soins infirmiers.* (Op. cit.), p. 104

Les morphiniques dépriment aussi les centres de la toux²⁷⁷. Les effets des opioïdes sur la respiration représentent souvent la plus grande crainte pour les soignants et justifient parfois leur sous-utilisation. Toutefois, « *l'atteinte respiratoire n'est jamais brutale, elle est toujours précédée de signes de sédation excessive* », ce qui veut dire qu'une surveillance adéquate permet d'éviter les complications respiratoires graves²⁷⁸.

✓ Effets cardiovasculaires

Une hypotension liée à une vasodilatation artériolaire et veineuse est possible sous traitement opioïde ainsi qu'une bradycardie liée à une stimulation du système parasympathique²⁷⁹.

✓ Effets sur l'œil

En interagissant avec la composante parasympathique du nerf oculomoteur commun, la morphine induit la contraction des fibres lisses du sphincter de l'iris provoquant un myosis²⁸⁰.

✓ Tolérance – dépendance – addiction

La tolérance (accoutumance) est « *le besoin d'augmenter les doses pour obtenir un effet identique* »²⁸¹. La dépendance physique est démontrée par la présence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du traitement. La dépendance psychique ou addiction est un « *comportement toxicomane avec besoin compulsif de consommation du traitement* »²⁸². Les phénomènes de tolérance et de dépendance physique peuvent survenir lors d'administration prolongée, mais ne sont en aucun cas corrélés à l'addiction.

²⁷⁷ CHAFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p. 150

²⁷⁸ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur chez l'enfant.* (Op. cit.), p. 81

²⁷⁹ CHAFFOUR-ADER, Claire., DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur.* (Op. cit.), p.117

²⁸⁰ NICOLAS, Patrick, ABEILLÉ, Dominique. *Pharmacologie et soins infirmiers.* (Op. cit.), p. 104-105

²⁸¹ AVET, Frédérique [et al.]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers.* (Op. cit.), p. 78

²⁸² Ibid, p. 77

Annexe D : Tableau récapitulatif des données sociodémographiques des participantes à l'étude

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7	Entretien 8
Formation	Bachelor (Suisse)	Infirmière en pédiatrie (Belgique)	Infirmière diplômée d'Etat (France)	Infirmière en soins généraux (Suisse)	Infirmière diplômée d'Etat (France)	Infirmière en hygiène maternelle et pédiatrie (Suisse)	Infirmière HES (Suisse)	Infirmière en hygiène maternelle et pédiatrie (Suisse)
Année de diplôme	2010	1990	2001	2001	2007	1990	2006	1976
Expérience professionnelle	Pédiatrie	Intérim (adultes) Humanitaire Afrique Pédiatrie (Be et CH)	Médecine, chirurgie, ORL adulte Pédiatrie	Chirurgie adulte (1 an) Pédiatrie (8 ans)	Pédiatrie Néonatalogie	Pédiatrie	Pédiatrie	Pédiatrie
Formation post-grade	-	Médecine tropicale Le PAS : préparation à un soin douloureux	-	-	Puériculture 2008	-	CAS en soins à l'enfant en milieu hospitalier	Le PAS : préparation à un soin douloureux Chariot Magique
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin

Annexe E: Grille d'entretiens

Hypothèses	Objectifs		Question principale	Question de relance	Liens avec cadre théorique
Les éléments que prennent en compte les infirmières pour l'administration ou non d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle	Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières en pédiatrie pour décider de l'administration ou non d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> chez un enfant	Etape de la démarche	Pouvez-vous me décrire les éléments que vous prenez en compte dans votre évaluation auprès d'un enfant qui a une prescription d'antalgiques <i>en réserve</i>?	-A quel moment évaluez-vous la douleur ?	<u>Concept « douleur » :</u> -évaluation (composantes, outils, etc.)
		Recueil de données		-Quel type d'évaluation effectuez-vous chez vos patients ? -Spécifiquement chez les patients présentant des douleurs ? -Quels outils utilisez-vous le plus couramment ?	-types et composantes -type de médicament antalgique -effets secondaires des antalgiques et de la douleur sous-traitée <u>Concept « rôle infirmier » :</u> -rôle infirmier dans la prise en charge et l'évaluation de la douleur

					« Démarche de soins » : 1 ^{ère} étape
		Diagnostics infirmiers	Si vous travaillez avec la méthode des diagnostics infirmiers, lesquels proposez-vous dans votre prise en soins des patients souffrant de douleurs ?	-Si non, comment formulez-vous le problème ?	« Démarche de soins » : 2 ^{ème} et 3 ^{ème} étape
		Objectifs de soins	Quel est votre objectif de soins pour un patient qui souffre de douleurs aiguës ?	-Quel est l'objectif pour vous d'administrer un antalgique <i>en réserve</i> ?	Concept « douleur » : objectifs de la prise en charge en pédiatrie
		Interventions infirmières	A quel moment décidez-vous de donner un antalgique prescrit <i>en réserve</i> à un de vos patients ?		Concept « douleur » : -Médicaments antalgiques Concept « rôle infirmier » : -rôle infirmier concernant les

					traitements de la douleur
					<u>« Démarche de soin » : 4^{ème} étape</u>
		Evaluation des interventions réalisées	Comment procédez-vous à l'évaluation des interventions que vous réalisez ?	-Quels réajustements pourriez-vous proposer ? -Quelles autres interventions pourraient faire suite à votre évaluation ?	<u>« Démarche de soin » : 5^{ème} étape</u> <u>Concept « rôle infirmier » :</u> -rôle infirmier concernant les traitements de la douleur <u>Concept « douleur » :</u> -médicaments antalgiques
Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit en	Identifier la perception des infirmières sur l'importance du rôle propre et de la		Comment percevez-vous votre rôle concernant l'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit d'office ?	-Quel rôle infirmier est selon vous prioritairement engagé lors de l'administration d'un antalgique prescrit	<u>Concept « rôle infirmier » :</u> -le rôle infirmier dans les soins -rôle infirmier

réserve par rapport aux antalgiques prescrits à intervalles fixes	responsabilité lors d'administration d'un médicament <i>en réserve</i>		<p><i>en réserve ?</i></p> <p>-Quelle est la place du votre rôle propre dans ce soin ?</p> <p>-Qu'en est-il de la responsabilité infirmière ?</p> <p>-De quelle manière cela peut-il influencer vos interventions ?</p>	concernant les traitements de la douleur -responsabilité infirmière
La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique <i>en réserve</i>	Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique <i>en réserve</i>	Quels sont les éléments qui peuvent selon vous faciliter ou entraver votre intervention en lien avec les antalgiques prescrits <i>en réserve</i> ?	<p>-Quels facteurs vous incitent ou vous freinent dans l'utilisation des antalgiques prescrits <i>en réserve</i> ?</p> <p>-Quels éléments de la politique de service peuvent avoir un impact sur vos interventions ?</p>	<p><u>Concept « rôle infirmier » :</u></p> <p>-influence des politiques de services sur le rôle infirmier</p>

		<p>En quoi un protocole serait-il facilitateur ou entravant pour la prise de décision d'administrer un antalgique de réserve ?</p> <p>(ex. : administrer un antalgique en réserve si EVA à 3/10 ou plus, si modification du score de douleur, si pas d'effets indésirables, etc.)</p>	<p>Spécifiquement en lien avec les antalgiques <i>en réserve</i> ?</p>	
<p>Avez-vous encore quelque chose à me témoigner ?</p>				
<p>Données sociodémographiques explorées : année diplôme/type de formation ; expériences professionnelles ; formation post-grade, sexe</p>				

Annexe F : Lettre d'information aux participantes

TRAVAIL DE BACHELOR sur

La démarche infirmière lors d'administration d'antalgiques prescrits *en réserve* en pédiatrie

Réalisé par Fabienne Rocha Ramos, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis, Filière Soins Infirmiers

Dirigé par Sabine Derouiche, directrice du Travail de Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Lettre d'information à l'attention des infirmiers / infirmières participant à l'étude :

Chère infirmière, cher infirmier,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO//Valais Wallis, filière Soins Infirmiers, j'entreprends un Travail de Bachelor sur le jugement clinique infirmier face à une prescription médicale d'antalgique *en réserve* chez un enfant souffrant de douleurs aiguës.

Mon travail de recherche a pour but de comprendre les éléments pris en compte dans la démarche infirmière lors d'administration d'antalgique *en réserve*. Ce travail est réalisé en collaboration avec ma collègue de promotion, Valérie Bonnaz qui, elle, travaillera sur le même thème mais auprès d'un service d'adultes. Nous cherchons à mieux comprendre ce soin spécifique dans la gestion du traitement antalgique et en aucun cas porter un jugement sur les comportements des professionnels.

Directement concerné(e) par le sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur le déroulement de mon étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu(e) entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre prise en charge. Par ailleurs, même si, dans un premier temps, vous acceptez, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans devoir vous justifier.

L'étude sera menée sous forme d'entretien. Si vous acceptez d'y participer, je prendrai contact avec vous, en collaboration avec Mme XXXXXXXX, pour fixer rendez-vous. Celui-ci se déroulera en tête à tête avec moi-même, sur votre lieu de travail (endroit calme, retiré) ou un autre endroit de votre choix pour autant que l'atmosphère soit propice à la discussion, au

moment qui vous conviendra le mieux. Il durera environ 30 à 45 minutes. Cet entretien sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de la soutenance du Travail de Bachelor, c'est-à-dire en septembre 2011.

Au début de l'entrevue, je vous donnerai des informations complémentaires si nécessaire et répondrai à toutes les questions que vous pourriez avoir. Vous serez ainsi en mesure de me confirmer ou non votre participation à l'étude.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez amené(e) à signer un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez libre en tout temps de refuser de répondre à certaines questions si celles-ci venaient à vous déranger.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publication dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement vous offrir de compensation en échange de votre participation, toutefois, elle me serait précieuse pour la poursuite de ma recherche.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette lettre.

Fabienne Rocha Ramos

Contacts :

-Fabienne Rocha Ramos, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis, Rue Centrale 164, 3979 Grône, Tél. : XXXXXXXXXX, E-mail : fabienne.rocharamos@students.hevs.ch

-Mme Sabine Derouiche, professeure en charge d'enseignement et directrice du Travail de Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis, Chemin de l'Agasse 5, 1950 Sion, E-mail : sabine.derouiche@hevs.ch

Annexe G : Formulaire de consentement éclairé

TRAVAIL DE BACHELOR sur

La démarche infirmière lors d'administration d'antalgiques prescrits *en réserve* en pédiatrie

Réalisé par Fabienne Rocha Ramos, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis, filière Soins Infirmiers

Sabine Derouiche, directrice du Travail de Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant au Travail de Bachelor

Le/la soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du Travail de Bachelor nommé ci-dessus
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, à propos desquelles il/elle a pu poser toutes les questions désirées
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé
- Certifie avoir été informé(e) qu'il/elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce Travail de Bachelor
- Est informé(e) du fait qu'il/elle peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour il/elle-même
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis retranscrits anonymement dans le document
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du travail, à savoir en septembre 2011
- Consent à ce que les données recueillies dans le cadre du Travail de Bachelor soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti
- Est informé(e) que tout préjudice qui pourrait lui être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur

Le/la soussigné(e) accepte donc de participer au Travail de Bachelor mentionné dans l'en-tête.

Date: Signature:

Contacts:

-Fabienne Rocha Ramos, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis, Rue Centrale 164, 3979 Grône, Tél. : XXXXXXXXXX, E-mail : fabienne.rocharamos@students.hevs.ch

-Mme Sabine Derouiche, professeure en charge d'enseignement et directrice du Travail de Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis, Chemin de l'Agasse 5, 1950 Sion, E-mail : sabine.derouiche@hevs.ch